

Série 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 928

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA GRIPPE

— GRIPPE A DÉTERMINATIONS MÉNINGÉES —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juin 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AIMÉ LESTRA

Né le 15 Décembre 1866, à Lyon (Rhône)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE
LA GRIPPE
— GRIPPE A DÉTERMINATIONS MÉNINGÉES —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juin 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AIMÉ LESTRA

Né le 15 Décembre 1866, à Lyon (Rhône)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.. . . .	{ MM. LÉPINE.
	{ BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	{ PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRAPIER
Médecine opératoire	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, *Président*; M. BONDET, *Assesseur*; MM. ROQUE et COURMONT *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA TANTE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TEISSIER

A M. LE PROFESSEUR RENAUT

A TOUS MES MAÎTRES

DES HOPITAUX DE LYON

INTRODUCTION

On reconnaît déjà depuis longtemps trois formes principales de la grippe : la forme thoracique, nerveuse, gastro-intestinale ; mais on sait aujourd'hui que chacune de ces formes comprend de nombreuses modalités cliniques.

Nul ne peut contester, en effet, qu'il existe diverses sortes de manières d'être de cette affection qui lui impriment un cachet tout spécial, semblent la dénaturer complètement et ne laissent pas d'embarrasser souvent le clinicien ; il y a des types essentiellement variables d'un individu à un autre, suivant les conditions du milieu ou les idiosyncrasies particulières, ou bien encore selon le caractère de l'épidémie elle-même.

De même que chaque saison ne présente pas toujours des caractères météorologiques identiques, évolue différemment d'une année à l'autre ; de même aussi la grippe peut présenter un cachet spécial par suite des différents états pathologiques qui apparaissent pendant sa durée, par suite

de ce qu'on est convenu d'appeler en un mot, la constitution médicale régnante.

Depuis l'épidémie de 1889-90 la grippe a été l'objet de nombreux travaux qui ont contribué à faire de cette affection l'une des mieux connues et des mieux décrites du cadre nosologique; nous ne sommes plus à l'époque où Broussais pouvait écrire: « Grippe, invention des gens sans le sou et de médecins sans clients qui, n'ayant rien de mieux à faire, se sont amusés à créer ce farfadet. » Si nous considérons seulement la forme nerveuse de la grippe, nous voyons qu'on a déjà décrit de nombreuses variétés: la grippe névralgique, encéphalique, asthmatique, paralytique, rhumatoïde, apoplectique (Récamier), synco-pale (Huchard).

Toutes ces variétés de grippe ne doivent certainement pas nous faire penser que l'affection grippale ne constitue point une entité morbide bien caractérisée, une dans son essence, nous devons seulement admettre que la grippe est très variable dans ses manifestations morbides, pouvant présenter un grand nombre de types cliniques qui la modifient à un point tel qu'on serait presque tenté, de prime abord, de croire à une maladie différente.

Nous nous sommes proposé, sur l'inspiration de notre Maître le Professeur Teissier, de prendre pour sujet de notre thèse inaugurale l'étude d'une forme peu connue: la grippe à forme méningitique; nous avons réuni une vingtaine d'observations de ce genre prises soit dans les Hôpitaux de Lyon, soit dans ceux de Paris. Nous avons pensé qu'il était d'un certain intérêt et de la plus haute importance d'appeler l'attention sur cette variété clinique, de faire connaître son diagnostic et son pronostic, car

dans certains cas la grippe méningitique peut revêtir au début les mêmes caractères que la méningite tuberculeuse au point que quelques cliniciens très distingués ont dû faire des erreurs de diagnostic.

Nous parlerons également de la méningite cérébro-spinale survenant comme complication de la grippe, due le plus souvent aux microbes de la suppuration ou au pneumocoque ; nous citerons quelques observations de cette complication.

Notre travail comprendra 1° l'historique, 2° la symptomatologie, 3° la marche, durée pronostic, 4° le diagnostic, 5 l'étiologie et pathogénie, 6° la méningite cérébro-spinale, 7° le traitement, 8° les conclusions.

Avant de commencer notre travail, qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le professeur Teissier pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant notre temps d'externat, les conseils et l'intérêt qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant nos études médicales ; nous le remercions enfin de l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Que MM. les professeurs Laroyenne et Poncet, MM. les professeurs agrégés Vinay et Lannois dans les services desquels nous avons passé, veuillent bien accepter nos remerciements pour tous les renseignements qu'ils nous ont donnés.

Nous avons eu le plaisir de faire un semestre d'internat dans le service de M. le professeur Renaut ; nous n'oublierons jamais ni son enseignement, ni les marques d'intérêt qu'il nous a montrées.

Nous adressons également nos sincères remerciements

à M. le professeur Bondet qui nous a fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury de notre thèse.

M. le professeur agrégé Roque, MM. les docteurs Clément et Leclerc, médecins des Hôpitaux ont droit à notre vive reconnaissance pour les observations qu'ils ont bien voulu nous remettre concernant notre travail.

Enfin nous remercions notre collègue et ami Egger, interne suppléant, qui a bien voulu nous faire profiter de sa connaissance approfondie de la langue allemande.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

LA GRIPPE

GRIPPE A DÉTERMINATIONS MÉNINGÉES

CHAPITRE PREMIER

Historique.

On ne trouve aucune description de grippe, de fièvre catarrhale épidémique, comme on l'appelait à cette époque, avant le xvi^e siècle, il faut arriver jusqu'en 1510 pour trouver les traces d'une épidémie de fièvre catarrhale.

En 1580, une épidémie de grippe a régné à peu près sur toute l'Europe ; en Saxe, elle a été observée par Henisch qui signala de la prostration extrême, des lipothymies ; à la même époque à Rome des malades présentèrent de la somnolence et de l'assoupissement continuels ; ces faits appelèrent l'attention de Sennert.

L'épidémie de 1691 revêtit, d'après Ozanam, des formes graves avec mouvements convulsifs et soporosité.

C'est dans l'épidémie de l'hiver 1729, qui fut très meurtrière dans presque toute l'Europe, et surtout à Paris et à Londres, qu'on nota de nombreux symptômes cérébraux

et méningés, c'est-à-dire des vertiges, des pesanteurs de tête violentes, du délire, de l'insomnie. Les mêmes symptômes furent remarqués dans les épidémies de 1733 34 ; puis en 1737, on trouve l'indication de symptômes ataxo-
adynamiques qui constituaient pour les auteurs de ces époques, une forme maligne de la grippe.

Dans les épidémies qui suivirent, celles de 1743, 1762, 1775, 1779, aucun phénomène nerveux à ajouter à ceux déjà cités plus haut, si ce n'est des toux sèches et convulsives, des apoplexies.

Il faut arriver à l'épidémie de 1837, pour bien voir que ce n'est pas tant l'élément inflammatoire ou catarrhal qui domine dans la grippe, mais l'élément nerveux ; l'affaiblissement général avec douleurs vagues et céphalalgie intense, les vertiges, les vomissements, peuvent se montrer même en l'absence de fièvre, et ne sont souvent pas en rapport avec l'intensité médiocre des autres symptômes.

Cette prédominance des symptômes nerveux avait été notée par Landouzy, Raige Delorme et Graves disait à propos de l'épidémie de 1847 : que le poison qui cause l'influenza agit sur le système nerveux et tout particulièrement sur les nerfs des poumons.

D'après le Dr Peyton Blakiston, l'influenza est une maladie du système nerveux avec troubles consécutifs dans les organes de la digestion et de la circulation, et connue vulgairement sous le nom de fièvre nerveuse. Landau, dans ses relations de la grippe de 1837, pense, que le système qui est primitivement et plus particulièrement attaqué par la grippe est le système nerveux : de là la faiblesse musculaire généralisée et la céphalalgie très vive ressentie par les malades.

Nonat signala dans la grande épidémie de 1837, des observations où le type méningitique est pour la première fois mis en évidence.

Dans le compendium de médecine pratique, nous trouvons l'expression suivante : grippe convulsive, délirante ; ces deux formes ne représentent vraisemblablement pas autre chose que la variété méningitique.

Gintrac de Bordeaux signale aussi dans l'épidémie de 1837 des phénomènes pseudo-méningitiques au début de la grippe.

A Londres en 1847, la grippe, au dire de Peacock, a donné naissance à des névralgies, à des congestions cérébrales et à des méningites.

Le D^r Come, médecin principal de l'armée a décrit une endémo-épidémie de fièvres catarrhales observée à l'hôpital militaire de Thionville (1868-70 et parmi les formes graves, il range les manifestations cérébrales, délirantes et comateuses.

En général, l'épidémie de l'hiver 1889-1890 a été remarquable surtout par le rôle du système nerveux dans la pathogénie des accidents qu'elle a présentés.

Bilhaut publie de nombreuses observations de gripes compliquées d'accidents cérébro-spinaux, méningés transitoires ou permanents. Parmi les formes nerveuses de la grippe, Gaucher a observé le cas d'une petite fille de six ans atteinte d'accidents d'apparence méningitique qui disparurent au bout de vingt-quatre heures ; il a constaté dans la convalescence des troubles caractérisés par de l'angine précordiale et de l'irrégularité des battements du cœur et du pouls (*Semaine Médicale*, mars 1890).

Juhel-Renoy a été témoin chez une petite fille d'acci-

dents nerveux tellement accusés, qu'on la crut atteinte de méningite cérébro-spinale ; elle guérit parfaitement et en très peu de temps.

Sévestre relate deux observations de ce genre.

Ferrand dit également que dans certains cas, les accidents ont pris l'apparence d'un syndrome méningitique sans avoir en réalité la gravité et la durée d'une inflammation des méninges.

D'après cet historique, nous sommes tenté d'admettre que la grippe est une maladie infectieuse, épidémique, contagieuse frappant d'élection : d'une part, le système nerveux de la vie de relation (encéphale, méninges, bulbe et moelle) et d'autre part, la muqueuse respiratoire ou la muqueuse gastro-intestinale.

CHAPITRE II

Symptômes.

Il est difficile de présenter un tableau unique de la grippe à forme méningitique, car s'il existe des cas chez les enfants où la grippe a pu revêtir dès le début tous les symptômes de la méningite, il en est d'autres plus nombreux encore où quelques signes seulement de méningite ont été observés, soit au début, soit dans le cours de l'affection ; un seul symptôme peut quelquefois dominer la scène et éclipser les autres ; aussi nous prendrons un à un chaque symptôme de la méningite en général et nous examinerons pour chacun ce qu'il y a de particulier dans la grippe à accidents méningés.

Comment débute l'affection ? Tantôt d'une manière brusque, tantôt précédée d'une période prodromique variant de quelques heures à plusieurs jours, dans laquelle on note les symptômes nerveux de la grippe normale ; ils sont très variables comme intensité et comme diversité ;

quelquefois de très courte durée ; chez les uns, on note des frissons, courbature généralisée avec rachialgie, céphalalgie ; chez d'autres, faiblesse générale, prostration exagérée ; parfois des symptômes gastro-intestinaux, tels que nausées, vomissements, diarrhée ; souvent encore des phénomènes fébriles ; mais ces phénomènes du début ne sont pas toujours aussi marqués, ils peuvent passer parfois inaperçus.

Cette période prodromique qui existe toujours dans la forme ordinaire de la grippe, peut manquer dans la grippe méningitique et être remplacée par un début brusque, soudain et violent ; on cite des cas où des personnes ont été subitement arrêtées dans leurs occupations ordinaires et ont dû être transportées dans leur lit ; c'est surtout chez les enfants qu'on peut citer de pareils exemples, car nous savons que leur jeune organisme facilite les réactions intenses ; les symptômes méningés sont dans ce cas la première manifestation de la maladie et souvent les symptômes ordinaires de la grippe apparaissent ensuite (observations III et V.)

La forme méningitique existe donc souvent seule au début, mais il est encore fréquent de voir les autres formes soit thoracique, soit abdominale, venir se confondre avec elle ; on a cité des cas où la grippe a débuté par des accidents nerveux méningitiques, puis s'est continuée par des phénomènes gastro-intestinaux ou inversement (observations III, XIX) ; une autre forme peut ainsi ou exister en même temps sans être très apparente, ou succéder aux accidents nerveux et passer au premier plan ; on est en présence alors d'une manifestation nouvelle de la maladie.

En résumé, le début peut être soudain ou précédé de

prodromes; les phénomènes méningés sont le plus souvent primitifs; ils peuvent exister seuls pendant un certain temps et faire place ensuite à l'une des autres formes, soit thoracique, soit gastro-intestinale.

La céphalalgie est le premier de tous les symptômes; elle ne manque presque jamais; elle offre des caractères variables: gravative avec élancements sourds ou lancinante en coups de marteau, ou bien avec tendance aux vertiges, d'autres fois douleur enserrante et étreignant le front et les tempes; on la rencontre dans les régions sus-orbitaire, temporale, occipitale; cette douleur de tête s'exagère par le mouvement ou sous l'influence de la lumière, se calmant dans le repos; parfois les douleurs prédominent dans le fond de l'œil avec photophobie; ailleurs, c'est le long du rachis que souffrent les malades surtout dans la région lombaire, à tel point que certains malades ne peuvent plus rester dans le décubitus dorsal; ces douleurs rachidiennes accompagnées de perte absolue des forces, de température parfois très élevée a pu faire songer à la variole. Quelquefois les malades poussent des cris ressemblant aux cris hydrencéphaliques.

Les vomissements accompagnent le plus souvent la céphalalgie, ils se produisent spontanément, sans efforts; ces vomissements sont d'abord alimentaires, puis bilieux, quelquefois d'aspect porracé.

La constipation est presque toujours la règle; nous notons dans nos observations un cas de diarrhée (observation V); le ventre est peu rétracté, non douloureux; il est rarement creusé en bateau, nous n'en avons noté qu'un cas (observation IV.)

La raie méningitique a été observée plusieurs fois, mais

nous savons aujourd'hui qu'on ne tient plus grand compte de son absence ou de sa présence, puisqu'on la trouve dans plusieurs maladies infectieuses.

Le vertige, le délire existent encore souvent ; le délire peut être plus ou moins bruyant ; il peut, dans certains cas, prendre le pas sur les autres symptômes et venir dominer la scène : M. Joffroy a cité dans la grippe un cas de délire avec agitation maniaque, dont nous publions l'observation plus loin (observation VI) ; le délire grippal a eu dans ce cas quelque ressemblance avec le délire typhique, mais ce qui a servi à les distinguer, c'est que le délire grippal a disparu plus vite, en même temps que la fièvre ; la mémoire et l'intelligence sont revenues de suite. Le délire prend chez beaucoup d'individus une certaine violence, il est presque toujours constitué par un mélange d'excitation et de faiblesse ; au degré le plus bas, il s'agit d'un délire nocturne et transitoire ; chez une jeune fille, la scène débuta par un violent délire capable de réveiller tous les habitants de la maison ; le lendemain, les accidents avaient disparu et le surlendemain l'enfant était presque guérie.

La température est très variable dans la grippe à accidents méningés ; il y a quelquefois de l'apyrexie, même de l'hypothermie 36°, 5, 36 degrés (observation VII) ; mais le plus souvent elle peut atteindre 40 degrés ; elle a parfois un type rémittent avec exaspération vespérale, avec de grands écarts quelquefois entre le matin et le soir ; elle peut ne durer que quelques heures, mais dans certains cas elle persiste pendant la durée des accidents aigus.

La température, comme l'a montré notre Maître le professeur Teissier, présente encore d'autres caractères spéciaux ; le plus important se trouve dans la production

d'une rechute fébrile qui se manifeste dans un laps de temps plus ou moins éloigné de la défervescence thermique; d'après cela la grippe serait une infection évoluant le plus souvent en deux temps, quelquefois en plusieurs, mais d'une intensité en général progressivement décroissante.

Comme caractère secondaire, le tracé thermique présente une encoche souvent profonde en forme de V, se produisant pendant l'acmé fébrile et qu'on peut considérer comme un véritable collapsus thermique; M. Teissier semble très rationnellement l'attribuer à l'action hypothermisante des toxines sécrétées par les éléments pathogènes; cette dépression thermique répond à une infection plus intense et est en quelque sorte l'apanage de gripes graves; il a vu en effet expérimentalement que lorsqu'il faisait usage de cultures plus virulentes (culture sur pommes de terre par exemple), la courbe thermique subissait une modification profonde et présentait un collapsus intense.

Dans nos observations nous avons trouvé dans trois cas le type bien net de cette température, mais nous pensons que si elle est fréquente dans les formes catarrhale et gastro-intestinale, elle est beaucoup plus rare dans la grippe à forme méningitique; ici la température est très variable, très irrégulière, se modifiant facilement; il peut y avoir, comme nous l'avons dit, tantôt de l'hypothermie, tantôt des hautes températures avec de grandes oscillations.

Le pouls peut ne présenter aucune modification; il est le plus souvent irrégulier et rapide 110-120, c'est-à-dire qu'il suit la marche ascensionnelle de la température;

l'irrégularité et le ralentissement du pouls ont été notés cependant comme dans la méningite tuberculeuse (observation III).

La respiration est le plus souvent normale ; quelquefois accélérée, mais rarement irrégulière au point de simuler le type vrai de Cheyne-Stokes.

Les convulsions ont été constatées surtout chez les enfants à la période de début ; le plus souvent elles sont suivies d'une période de dépression, agissant sur les muscles de la face, elles peuvent donner lieu à du spasme, du mâchonnement, des grincements de dents (observation II).

L'hyperesthésie cutanée, la douleur à la pression musculaire ont été observées également (obs. XIII-XIV).

La contracture peut se produire et se traduire par du trismus ; à la région cervicale postérieure elle occasionne la raideur de la nuque et le renversement de la tête en arrière constituant un léger degré d'opisthotonos (IV, XII, XIII, XVIII).

L'appareil de la vision est fréquemment atteint ; on note souvent de la photophobie, quelquefois de la diplopie, du strabisme ; les yeux peuvent être le siège d'autres phénomènes : l'inégalité pupillaire est assez fréquente et surtout la dilatation des pupilles (observations XII, XVII, XIX) ; dans trois observations dues à M. Perrenot, médecin de l'hôpital d'Hyères, nous avons pu relever de la déviation des yeux en haut et à droite accompagnée de la perte de la parole, paralysie ou parésie du bras et cela dès le début des accidents.

L'œil est le plus souvent fixe, à demi fermé, le regard vague.

Du côté de l'appareil auditif, on note quelquefois des bourdonnements, des hallucinations de l'ouïe.

Les urines des grippés sont diminuées de volume, quelquefois il y a anurie complète ou rétention, elles sont d'une coloration foncée; dans certains cas il y a de l'albumine, mais en petite quantité.

Signalons encore l'état de somnolence, de torpeur, de prostration dans lequel peut tomber le malade, dans certains cas on ne peut obtenir aucune réponse, le malade est insensible à toutes les excitations, il ne comprend pas, il ne semble même pas entendre les questions qu'on lui pose; la fièvre est intense et si à ces phénomènes peuvent s'ajouter de la diarrhée et une éruption de taches rosées sur l'abdomen, on voit qu'on peut songer à une fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique.

Dans la grippe à forme méningitique l'état comateux peut survenir d'emblée, soit sans cause appréciable, soit après une période d'excitation exagérée, caractérisée par des convulsions ou par de l'insomnie et du délire; mais ce qui permet de le distinguer de celui de la période terminale de la méningite tuberculeuse, c'est qu'il va en diminuant petit à petit jusqu'à disparaître complètement.

Tel est l'exposé de tous les symptômes méningés qu'on peut rencontrer dans la grippe, nous avons vu que chaque individu paraît être frappé différemment; il en est bien peu qui réunissent en eux le tableau complet de la vraie méningite, ce que nous observons le plus souvent, ce sont deux ou trois symptômes nerveux pouvant s'exagérer, jeter un voile sur les autres, devenir la note dominante au point d'imprimer leur cachet à la maladie.

En résumé, cette forme méningitique de la grippe présente des degrés différents, le tableau de la méningite peut être complet, mais bien souvent on n'a qu'une forme atténuée comparable à ce qu'on observe pendant les périodes de rémission de la méningite tuberculeuse.

OBSERVATION I

(Communiquée par Sévestre, *Société Médicale des Hôpitaux*, 1890).

Grippe avec accidents méningés primitifs. - Guérison rapide.

Petite fille de huit ans, tombe malade avec phénomènes d'embarras gastrique, sensation de courbature et grande lassitude; puis maux de tête très violents donnant lieu à de véritables crises nerveuses; sommeil agité interrompu par des cris de douleur et de fréquents grincements de dents, constipation mais pas de vomissements; le pouls était fréquent et la température oscillait entre 39 degrés et 39°,6.

Lorsque Sévestre vit l'enfant, les phénomènes les plus inquiétants duraient depuis cinq jours, mais paraissaient déjà présenter une tendance à devenir moins intenses.

Le lendemain amélioration et quelques jours après guérison.

Le traitement avait été très simple: purgatifs légers et antipyrine (0,50 en deux prises).

OBSERVATION II

(Communiquée par Sévestre, *Société Médicale des Hôpitaux*, 1890).

Grippe avec accidents méningés primitifs. Guérison.

Petite fille de trois ans, née en Algérie, a accusé de temps à

autre de petites poussées de fièvre paludéenne, mais jamais d'affection sérieuse.

Elle présente le 15 décembre 1887, les premiers symptômes de la grippe : somnolence, refus de manger ; elle sort un jour de son apathie et y retombe le soir même.

Du 18 au 21, l'enfant reste couchée et pousse des cris dès qu'on l'approche ; elle est constipée, se plaint de céphalalgie et de douleurs dans les oreilles.

21 décembre. — Fièvre intense ; quelques vomissements alimentaires (lait ou boissons absorbées).

22 décembre. — Le matin, T. A. $39^{\circ},8$; toujours douleurs auriculo-temporales ; plongée dans la torpeur, elle demande à boire incessamment, vomit tout ce qu'elle prend. Soir $41^{\circ},4$.

23 décembre. — Matin, T. $48^{\circ},4$; état semi-comateux ; la malade est pâle, ne cesse de mâchonner, de mordiller ses lèvres ; peut à peine entr'ouvrir la paupière gauche dont la pupille paraît plus contractée que celle du côté opposé ; continue à pousser des cris et à vomir tout ce qu'on lui donne ; la constipation persiste, après application de glace sur la tête, la température s'abaisse à $39^{\circ},2$, à 10 heures, mais le soir elle s'élève encore à $39^{\circ},4$, avec 135 pulsations radiales :

Pas de toux, bien qu'on perçoive quelques râles humides aux deux bases.

24 décembre. — T. $41^{\circ},2$; toujours mêmes symptômes et même gravité dans la situation. Le soir T. $38^{\circ},6$; pulsations 145.

25 décembre. — Nuit calme ; le matin la fièvre est tombée ; les vomissements cessent ; plus de torpeur. Le soir 38 degrés.

26 décembre. — Plus de fièvre le matin ; encore 38 degrés le soir ; la convalescence survient ; l'appétit revient petit à petit.

Pendant les huit jours suivants l'appétit revient, mais faiblesse des jambes ; de temps en temps céphalalgie et douleurs dans les jambes, quelques jours après guérison complète.

OBSERVATION III

(Communiquée par Gaucher, *Société Médicale des Hôpitaux*, 1890).

Grippe à début pseudo-méningitique. — Guérison en vingt-quatre heures.

Petite fille de six ans, prise subitement de céphalalgie avec cris, fièvre, vomissements, irrégularité et ralentissement du pouls.

Les accidents disparaissaient en vingt-quatre heures et la grippe suit son cours.

OBSERVATION IV

(Communiquée par Juhel-Renoy, *Société Médicale des Hôpitaux*, 1890).

Grippe à début méningitique. — Guérison.

Fille de neuf ans, bizarre de caractère, prise tout d'un coup de torticolis, raideur de la nuque, lenteur du pouls, ventre en bateau, raie méningitique.

On crut en présence de ces symptômes à une méningite cérébro-spinale, on porta un mauvais pronostic et la petite malade fit la surprise de guérir en dix ou quinze jours.

OBSERVATION V

(*France médicale*, 1889. Jaccoud).

Grippe à rechute. — Première atteinte de grippe : forme cérébrale. — Deuxième atteinte : forme catarrhale.

La nommée D..., âgée de trente-deux ans, est prise d'une céphalalgie intense, de douleurs sus-orbitaires violentes. La rachial-

gie est très forte; les vomissements sont d'une violence telle que, pendant vingt-quatre heures aucune boisson ne peut-être tolérée; il y a de la diarrhée.

Au bout de deux jours la température qui était de 39 degrés, tombe brusquement; tout a l'air de rentrer dans l'ordre, mais la malade ne se sent pas encore rétablie.

En effet, après une rémission de vingt-quatre heures, coryza très violent, le mal de tête reprend; injection des conjonctives, larmoiement, voix rauque, toux intense. A l'auscultation, râles ronflants et sibilants; cette période dure quatre jours puis, anorexie complète, asthénie pendant une semaine.

OBSERVATION VI

(*Société Médicale des Hôpitaux*, 1890. Joffroy.)

Grippe avec délire et agitation maniaque. — Eruption scarlatiniforme. — Guérison.

Homme de trente-quatre ans, bien portant, sobre, d'un tempérament nerveux est atteint subitement au mois d'octobre 1889, d'une fièvre très vive avec céphalalgie intense; en même temps mal de gorge et légère éruption scarlatiniforme.

On pensa d'abord à une scarlatine, surtout à cause d'une élévation de température, mais le peu d'intensité de l'angine, l'absence d'albuminurie, la desquamation réduite à une exfoliation épidermique furfuracée s'expliquant peut-être autant par les sueurs abondantes que par l'éruption, éloignèrent l'idée de scarlatine; on pensa ensuite à une fièvre typhoïde, mais on chercha en vain les taches rosées, le gargouillement de la fosse iliaque, etc., on fit enfin le diagnostic de grippe à forme cérébrale et méningitique.

Quand Joffroy vit le malade pour la première fois, il présentait un délire intense avec agitation maniaque analogue à ce qui s'observe assez fréquemment dans certaines formes graves de la fièvre typhoïde.

Le malade avait une perte absolue de la mémoire, ne reconnaissait personne, méconnaissait ses parents les plus proches, ignorait s'il faisait jour et nuit; il sortait de son lit; jamais de fureur dans son délire; parfois des terreurs avec crainte d'être tué.

Ces troubles, à l'inverse de ceux de la fièvre typhoïde, furent pendant près d'une semaine presque aussi accusés pendant le jour que pendant la nuit; ils durèrent deux semaines et pendant tout ce temps la température resta fort élevée au voisinage de 40 degrés.

La fièvre disparut vers le dix-huitième jour et avec elle le délire; peu à peu la mémoire revint et avec elle l'intelligence dans toute son intégrité à ce point que, trois semaines après cette grave maladie, le malade put reprendre toutes ses occupations habituelles, sans conserver aucun vestige notable des troubles mentaux si graves.

OBSERVATION VII

(Service de M. Rendu, *Hôpital Necker*, 1885).

*Grippe avec accidents méningés secondaires. — Hypothermie.
— Guérison. — Convalescence caractérisée par une faiblesse prolongée.*

Le nommé D..., âgé de quarante et un ans, cocher, entre le 18 janvier 1885, salle Saint-Jean, dans le service de M. Rendu, à l'hôpital Necker. Pas d'antécédents héréditaires, bonne santé habituelle, le début de la maladie remonte à 5 jours; a été pris le soir des symptômes ordinaires de la grippe; courbature généralisée, céphalalgie intense, rachialgie, accompagnée de vertiges, troubles de la vue et de l'ouïe.

Il entre à l'hôpital le 18 : à son entrée assoupissement complet, immobilité absolue; mal de tête intense; deux ou trois vomissements dans la nuit; le pouls est à 130, le thermomètre est à 37°4, légère hyperesthésie de la peau; pupilles normales; pas de para-

lysies ni de troubles de la motilité. Poumons et cœur indemnes.

Prescription : Sangsues aux apophyses mastoïdes ; eau-de-vie allemande 15 grammes.

19 janvier. — Toujours même état ; en plus un peu de nudité ; pouls 110, température matin 36°8, soir 37 degrés. Traitement : quinine 0,60.

20 janvier. — Un peu de sommeil, céphalalgie moins violente. Constipation. Traitement : un verre d'eau de Sedlitz.

21 janvier. — Le malade est plus éveillé ; inappétence complète et besoin de repos. Température 37 degrés, soir 37°,5.

22 janvier. — Toujours sans fièvre, se sent plus dispos que la veille, mais a des vertiges quand on l'assied sur son lit ; quelques râles sibilants dans la poitrine. Température 37°,2 ; soir 37 degrés.

23 janvier. — Amélioration notable, céphalalgie moins vive ; troubles de la vue et de l'ouïe ont disparu ; toujours beaucoup de faiblesse. Température 37 degrés ; soir 38°,6.

24 janvier. — Le malade a repris complètement ses sens ; le mal de tête est intermittent ; seulement une grande faiblesse. Température 35 degrés, soir 37.

L'amélioration se maintient et l'appétit revient peu à peu ; les forces reviennent doucement ; enfin le malade sort de l'hôpital le 6 février dans un état satisfaisant, mais toujours faiblesse.

Nous allons maintenant reproduire trois observations dans lesquelles le Dr Perrenot, médecin de l'hôpital d'Hyères, a relaté des symptômes de méningite dans le cours de la grippe ; il a constaté également trois symptômes particuliers qui ont été constants chez les trois enfants ; ce sont la déviation des globes oculaires en haut et à droite, la parésie du membre supérieur et la perte de la parole.

OBSERVATION VIII

(Communiqué par le D^r Perrenot, médecin de l'hôpital d'Hyères).

Grippe avec accidents méningés secondaires. — Bronchopneumonie. — Guérison.

Clotilde, âgée de vingt-cinq mois; pas de maladies antérieures, le 10 décembre 1892, l'enfant prend une fièvre très légère; le lendemain éruption du type érythémateux; un peu de catarrhe nasal, mais peu de toux; céphalalgie et constipation.

Le 15 décembre, même état; rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation; plus de traces de l'éruption qui n'a pas persisté plus de vingt-quatre heures, les signes de bronchite s'accusent pendant deux ou trois jours, et le 21 décembre l'enfant est sans fièvre, on croit à la guérison.

Le lendemain 22 décembre la fièvre a repris, l'enfant pousse des cris dès qu'on veut le changer de position; presque plus de toux, mais fixité du regard et stupeur cérébrale.

Le 23 décembre l'état s'aggrave; l'enfant pousse des cris, mais qui ne ressemblent pas aux cris hydrencéphaliques; pas de vomissements; du côté des yeux: paupières mi-closes, pupille dilatée, mais égales, réagissant lentement à la lumière. Le regard fixe est celui de l'extase; déviation des globes oculaires en haut et à droite.

Les troubles cérébraux s'accompagnent d'une perte absolue de la parole; même état pendant cinq jours.

Le 27 décembre la fièvre a augmenté, le pouls est à 140; la respiration est accélérée, une bronchopneumonie se déclare et pendant dix jours évolue sans augmentation ni diminution des troubles cérébraux; à ce moment on note une parésie très marquée du bras gauche; la sensibilité paraît diminuée.

9 janvier. — La bronchopneumonie a cédé, mais la stupeur cérébrale persiste.

15 janvier. — Le regard est plus naturel; l'enfant commence à suivre les objets qu'on fait passer devant ses yeux.

20 janvier. — Les phénomènes oculaires ne se montrent plus que très rarement ; les mouvements du bras commencent à revenir.

24 janvier. — Les phénomènes oculaires ont disparu, le regard est naturel, l'enfant essaye de parler, mais les sons sont toujours bredouillés et sans signification. Ce n'est que vers la mi-février que l'enfant a commencé à articuler quelques mots, et peu à peu les progrès ont été assez rapides.

OBSERVATION IX

(Communiqué par le Dr Perrenot).

Grippe à accidents méningés secondaires. — Chute de la température et tendance à la guérison le sixième jour. — Reprise de la fièvre le lendemain avec accidents méningés. — Bronchopneumonie et mort.

Petite fille de vingt-huit mois ; sauf la terminaison mortelle elle est en tous points semblable à la précédente, début par les symptômes ordinaires de la grippe normale, coryza, éternûments, un peu de toux laryngée, fièvre modérée, éruption très légère du type erythémateux ; deux jours plus tard, bonchite légère à évolution simple. Le sixième jour chute de la fièvre, l'enfant semble devoir guérir sans encombre.

Le lendemain, agitation, céphalalgie, reprise de la fièvre trois jours plus tard, facies de la stupeur cérébrale, regard fixe, dilatation pupillaire sans inégalité ni strabisme, déviation intermittente des deux globes oculaires en haut et à droite, perte absolue de la parole, impotence fonctionnelle du bras gauche ; ventre non rétracté, constipation ; pouls à 140 sans intermittences. Six jours après, apparition d'une bronchopneumonie qui ne modifie en rien les troubles cérébraux.

Quelques heures avant la mort, léger degré de strabisme sans inégalité pupillaire ; à ce moment deux ou trois crises convul-

sives pendant lesquelles l'enfant se raidissait en renversant la tête en arrière; la respiration à ce moment était du type de Cheyne-Stokes.

OBSERVATION X

(Communiquée par le Dr Perrenot).

Grippe avec accidents méningés secondaires. — Pneumonie du sommet droit. — Guérison.

Edmond, âgé de trois ans, père et mère en parfaite santé; le 24 décembre, l'enfant éprouve de la fièvre, un peu de catarrhe oculo-nasal avec éternements et larmoiement, toux très légère. Rien à la percussion, ni à l'auscultation.

Le 25 décembre selles liquides et extrêmement fétides dans l'après-midi et pendant la nuit.

Le 26 décembre, état meilleur, fièvre modérée.

Le 27 décembre fièvre plus forte, petite toux sèche et fréquente; à la percussion submatité au niveau de la fosse sus-épineuse droite; à l'auscultation souffle et bouffée de râles sous-crépitants fins, une pneumonie du sommet droit est déclarée.

2 janvier. — Chute de la fièvre et disparition presque complète de la pneumonie.

3 janvier. — Mauvaise nuit, très agitée; l'enfant pousse des cris, se plaint de la tête.

4 janvier. — Grande agitation, l'enfant se débat et crie dès qu'on veut le toucher, mais ne répond pas aux interrogations.

Le soir hallucination, déviation des yeux en haut et à droite, avec dilatation pupillaire sans inégalité, pas de photophobie, pas de strabisme, perte de la parole, l'impotence du bras gauche n'a pas été constatée.

5 janvier. — L'état s'améliore, l'agitation et les douleurs disparaissent, mais l'enfant ne peut toujours pas parler.

7 janvier. — Tous les troubles cérébraux ont disparu, la parole est revenue, l'enfant est calme et n'a pas la moindre fièvre.

20 janvier. — Eruption post-grippale tardive du type vésiculeux. Il s'est produit dans ces trois cas, une localisation cérébrale du poison grippal déterminant parallèlement des troubles circulatoires, lesquels tenaient sous leur dépendance les symptômes cérébraux et méningés observés. Il paraît difficile d'expliquer autrement que par des troubles de la circulation ces symptômes que leur disparition relativement rapide, empêche d'attribuer à la production de lésions matérielles irréparables telles que foyers d'encéphalite, plaques de méningite ou thromboses des sinus.

OBSERVATION XI

(*Revue de Médecine*, 1890, Bidon.)

Grippe avec accidents méningés primitifs. — Guérison.

Garçon de six ans et demi; rougeole à quatre ans; pneumonie fibrineuse à six ans; le 23 novembre un peu de diarrhée; le 26 au réveil courbature, fièvre, anorexie, douleurs lombaires.

Le soir fièvre très forte, céphalalgie, un vomissement; nuit très mauvaise, insomnie, agitation, un peu de subdelirium.

Le 27 novembre au matin T. 39 degrés, Pouls 130; même état, forte céphalalgie, torpeur profonde; pas de selles depuis le 25, nausées, un peu de photophobie avec inégalité pupillaire. Le soir T. = 39°,8, Pouls. = 135.

Le 28 novembre, même état T. = 39°,4; Pouls 130 irrégulier, journée mauvaise, constipation, anorexie et nausées, céphalalgie,

Le soir T. = 40 degrés, Pouls = 136 moins régulier que le matin; la céphalalgie a augmenté encore; épistaxis pendant la nuit, l'état devient de suite meilleur.

Le 29 novembre au matin, le thermomètre ne dépassait pas 38 degrés, le pouls tombait à 120 degrés, toujours irrégulier; mais l'anorexie et les nausées diminuaient; la torpeur a tout à fait disparu; la céphalalgie est légère, le soir petite recrudescence avec T. = 38°,3.

Le 30 novembre, guérison très rapide.

OBSERVATION XII

(Clinique médicale de M. le professeur Bondet.)

Grippe avec accidents méningés secondaires. — Signes pulmonaires aux deux sommets. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Guérison.

B..., Jean-Pierre, trente-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 février 1894, salle Saint-Augustin, n° 2. Aucun antécédent héréditaire, alcoolisme de dix-sept à vingt-cinq ans. Il y a un an, travailla en Camargue et y contracta les fièvres intermittentes qui ont été traitées par la quinine.

Il y a un mois le malade eut des frissons, de la céphalée, de la courbature généralisée, de la fièvre et se mit à tousser; au bout de huit à dix jours l'état général s'améliora, mais la toux fréquente avec expectoration purulente persista; le malade ne put pas reprendre son travail, l'anorexie était absolue.

Depuis cette époque le malade a perdu 15 kilogrammes en un mois, céphalée continue.

A son entrée, on constate un amaigrissement extrême, de l'agitation, le malade se plaint de la tête et du front T. 38°,1, 38°,4.

A l'examen du thorax on note de la submatité en arrière dans les deux fosses sus-épineuses avec de l'exagération des vibrations et de l'expiration soufflante, en avant sous la clavicule droite le souffle est presque tubaire. Pas de râles. Rien au cœur.

Les crachats examinés ne contiennent pas de bacille de Koch. Langue sèche, constipation. Rate hypertrophiée, pas d'albumine dans les urines.

Traitement. — Potion avec extrait de quina, deux cachets : sulfate de quinine et antipyrine, lavement purgatif, alimentation légère 1 litre de lait.

23 février. — Délire violent cette nuit avec cris; depuis deux ou trois jours le malade était sombre, taciturne, ne répondait pas

aux questions, refusait toute nourriture et se levait la nuit, hallucinations de la vue et de l'ouïe; pouls 100, constipation.

Glace sur la tête, 0 gr.50 quinine, lavement purgatif, extrait thébaïque 0 gr.10, sirop chloral 30 grammes.

24 février. — Raideur de la nuque, pupilles égales et dilatées, T. 39°,2, 39°,4.

26 février. — Le délire n'a pas cessé, le malade entend des voix qui l'insultent, voit des gens qui le bravent; on est obligé de l'isoler. Soduro 2 grammes, calomel 0 gr.80, T. 39 degrés à 38°,6.

2 mars. — Le malade répond aux questions, est plus calme, mais se croit persécuté, on veut l'empoisonner; il se méfie des autres malades et des sœurs du service. A de la diplopie, toujours raideur légère de la nuque et du tronc, les signes pulmonaires sont amendés, l'expectoration a diminué T. 38°,2 à 39°,4. Pouls 98, assez régulier. L'insomnie persiste ainsi que la céphalée.

5 mars. — Grande amélioration, les nuits sont bonnes, l'appétit revient. Plus de fièvre.

9 mars. — Le malade va bien, se lève, reste méfiant et taciturne.

15 mars. — Le malade est guéri, n'a plus aucune idée délirante, demande son départ pour Longchêne.

OBSERVATION XIII

(Clinique médicale de M. le professeur Bondet.)

Grippe à forme méningitique. — Taches rosées. — Opisthotonos. — Guérison.

Aucun antécédent héréditaire et personnel, l'affection a débuté il y a quatre semaines, brusquement pendant son travail avec des frissons; depuis il a persisté une céphalée vive surtout frontale et sus-orbitaire, pertes des forces, anorexie persistante.

Il y a huit jours qu'il s'est mis au lit, la diarrhée est venue se greffer sur son état précédent, 3 à 4 selles par jour. Avant-hier il aurait eu des épistaxis, même des hémoptysies légères.

A l'entrée, mêmes symptômes, surtout de la toux et de la céphalée; les crachats purulents, épais, visqueux ne contiennent pas de bacille de Koch. Pas de délire ni d'obnubilation intellectuelle, insomnie toujours persistante, la diarrhée a cessé, l'abdomen est météorisé, pas de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, quelques gargouillements seulement à ce niveau, la rate est augmentée de volume, petites taches rosées sur l'abdomen qui ne disparaissent pas à la pression et sont légèrement surélevées, ce qui les distingue de taches de dothiéntérie.

A l'examen des poumons, on entend des râles ronflants, sibilants donnant le véritable bruit de tempête, d'ailleurs pas de dyspnée vive, respiration 24, sueurs nocturnes.

La température à l'entrée varie de 39°,8 et 39 degrés, 39°,5; le pouls est à 100, régulier, rien d'anormal au cœur, les urines sont claires, ne contiennent pas d'albumine.

15 décembre 1893. — De nouvelles taches rosées ont apparu avec les mêmes caractères; la bronchite est toujours aussi intense, on se décide cependant à soigner le malade.

18 décembre. — Le malade a pris une vingtaine de bains à 30 degrés et ne s'est nullement comporté comme un typhique; chaque bain donnant des abaissements de 1°,1/2 à 2 degrés; la température prenait le type oscillant, tombait subitement au-dessous de 37°,6 pour s'élever six à huit heures après au-dessus de 39 degrés.

19 décembre. — Depuis deux jours état de subdelirium, cauchemars terrifiants la nuit, ce matin délire complet, le malade divague, pas de paralysie oculaire, pas de contracture, douleur à la pression dans les masses musculaires, pouls irrégulier et rapide : 120.

20 décembre. — Délire d'action très violent, rigidité complète de la nuque, déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté droit, constipation, plaintes et cris continus, pouls toujours irrégulier et rapide.

21 décembre. — Le malade est en opisthotonos, contractures généralisées, cris inarticulés continus, il urine sous lui (glace sur la tête, potion au musc et quinine).

22 décembre. — L'opisthotonos persiste, les cris sont moins fréquents, accélération de la respiration, la température monte le soir à 39°,5 avec des oscillations de 2 degrés.

23 décembre. — Il n'y a plus d'opisthotonos, encore un peu de rigidité de la nuque, délires moins violents, état semi-comateux.

27 décembre. — L'amélioration a été continue, la température est normale, s'éleva le soir à 38°,2, plus de délire, tous les symptômes méningés ont disparu.

1^{er} janvier. — Le malade est en pleine convalescence, la céphalée a disparu, l'appétit est revenu, amélioration rapide.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. le professeur agrégé Germain Roque.)

Grippe à forme méningitique. — Collapsus thermique caractéristique. — Douleurs sciatiques et rachidiennes. — Guérison.



M. X..., trente-trois ans. Bonne santé habituelle, aucun antécédent héréditaire ni personnel. (Février 1894. — Convalescence de 3 semaines, plus 5 semaines dans le Midi.)

Le 1^{er} janvier 1894 à midi, en pleine santé, est pris brusquement d'un grand frisson avec céphalée très vive et courbature généralisée, anorexie complète, insomnie et agitation pendant la nuit (quinine 80 centigrammes, antipyrine 3 grammes).

2 février. — La température persiste, 39°,4 à 39°,6; toujours de la céphalée, surtout sus-orbitaire; courbature très douloureuse, un peu de toux, rien d'anormal à l'auscultation du cœur et du poumon. Urines rares, foncées, ne contiennent pas d'albumine.

Soif vive, anorexie, insomnie.

3 février. — La céphalée augmente, plaintes continues du malade, photophobie très intense, vomissement bilieux incessant, état de subdelirium. Traitement : vessie de glace sur la tête, lavement purgatif.

4 février. — La céphalée a augmenté, insomnie absolue, photophobie intense, les vomissements persistent avec la constipation. la pression des masses musculaires est partout douloureuse, pas de contractures, pouls irrégulier, varie de 96 à 110 degrés, état semi-comateux.

Traitement. — Quinine 1 gramme, antipyrine 3 grammes.

5 février. — Dans la nuit sueurs profuses, grande faiblesse, mais plus de douleurs, plus de vomissements; on continue quinine et antipyrine.

6 février. — Nuit excellente, plus de photophobie, plus de douleurs; douleurs atroces le long des sciatiques et la région lombaire, agitation extrême, plaintes continues, insomnie. T. 40°,2.

7 février. — Les douleurs et la contracture des jambes ont encore augmenté, la céphalée avec photophobie a reparu, beaucoup d'agitation, subdelirium. T. entre 40°,4 et 40°,8. Même traitement.

8 février. — La journée entière est mauvaise, la nuit est très paisible.

9 février. — Grande détente, douleurs sciatiques et rachidiennes très supportables.

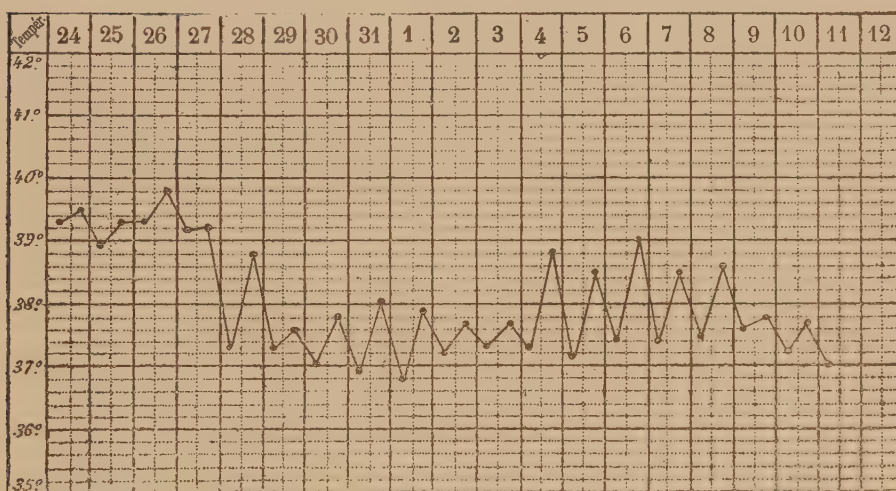
10 février. — Sueurs profuses pendant la nuit et tout le jour, détente générale, plus de douleurs, grande faiblesse.

11 février. — Il ne persiste plus que de la faiblesse, le sommeil est bon, plus de fièvre.

OBSERVATION XV

(Service de M. le professeur Teissier.)

Grippe à forme méningitique. — Evolution thermique caractéristique. — Rechute. — Disparition des phénomènes cérébraux. — Détermination sur les voies respiratoires. — Guérison.



Jeannette D..., âgée de quarante-trois ans, entre le 26 mai 1892 à l'Hôtel-Dieu ; elle est en proie à un délire complet caractérisé par l'incohérence des paroles ; elle cherche à se lever et à fuir, pas de cri net ni intermittent.

Son mari raconte qu'elle a toujours joui d'une bonne santé ; cependant, il y a six ans, elle fut prise de douleurs assez vives dans la région lombaire, elle éprouvait une certaine faiblesse dans la marche, elle était vite fatiguée ; quelque temps après la colonne vertébrale se déforma ; actuellement on constate, en effet, dans la région dorso-lombaire l'existence d'une scoliose à convexité gauche, sans gibbosité antéro-postérieure qui comprend environ cinq à six

vertèbres et au niveau de laquelle la pression est douloureuse. Pas d'abcès dans le voisinage.

Il y a deux jours cette femme est tombée dans le délire, elle a accusé des douleurs rachialgiques assez vives, a eu quelques vomissements alimentaires et bilieux et un peu de céphalalgie ; mais elle s'est surtout mise à délirer.

Actuellement hyperesthésie cutanée très vive, la malade pousse des cris au moindre mouvement, il n'y a pas de paralysie vraie au niveau des membres, mais tendance aux contractures, aux membres supérieurs et inférieurs.

Rien au cœur, le pouls est plutôt ralenti.

Rien aux poumons.

Pas de phénomènes abdominaux.

La malade présente sur le visage et sur le tronc une éruption discrète, cunéiforme, qui paraît consécutive à l'administration de 4 grammes d'iodure de potassium. Rien à la gorge.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

En présence de ces accidents cérébraux, surtout en les rapprochant des phénomènes anciens semblant s'être manifestés autrefois du côté de la colonne vertébrale, les craintes d'une détermination méningée d'origine tuberculeuse étaient parfaitement légitimes ; toutefois la coexistence de nombreux cas de grippe à cette période de l'année et l'observation d'un certain nombre de faits analogues nous avaient fait tenir sous la réserve et nous avons émis l'hypothèse que les troubles cérébraux présentés par la malade pouvaient bien être l'expression d'une intoxication grippale.

L'événement devait bientôt nous donner raison ; quatre jours après son entrée une défervescence brusque à 37 degrés suivie le soir même d'une rechute manifeste venait nous tirer d'embarras et le surlendemain la température était revenue de nouveau à la normale, nous pouvions affirmer l'origine grippale de l'affection d'autant mieux que dix jours après, une bronchite caractéristique avec toux ferme et quinteuse venait donner à la maladie son véritable cachet.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le professeur Teissier.)

Grippe avec accidents méningés secondaires. — Troubles oculaires. — Parésie du droit externe du côté droit. — Ptosis de la paupière supérieure gauche.

Berthe M..., âgée de quarante ans, entre le 16 mars 1892 à l'Hôtel-Dieu. Pas d'antécédent personnel, ni héréditaire. L'affection a débuté il y a dix jours par les symptômes ordinaires de la grippe, il y a eu un seul vomissement, un peu de constipation.

A son entrée, la céphalalgie a beaucoup diminué; on note de l'agitation, des troubles de la parole, la malade dit un mot pour un autre.

Du côté des yeux la pupille droite est plus dilatée que la gauche.

Le ventre n'est pas excavé, pas de taches rosées.

La rate est volumineuse, l'hyperesthésie musculaire existe.

A l'auscultation des poumons, grande obscurité respiratoire dans la fosse sus-épineuse droite en arrière, pas de souffle, ni de craquement, pas d'expectoration. Urines : pas d'albumine.

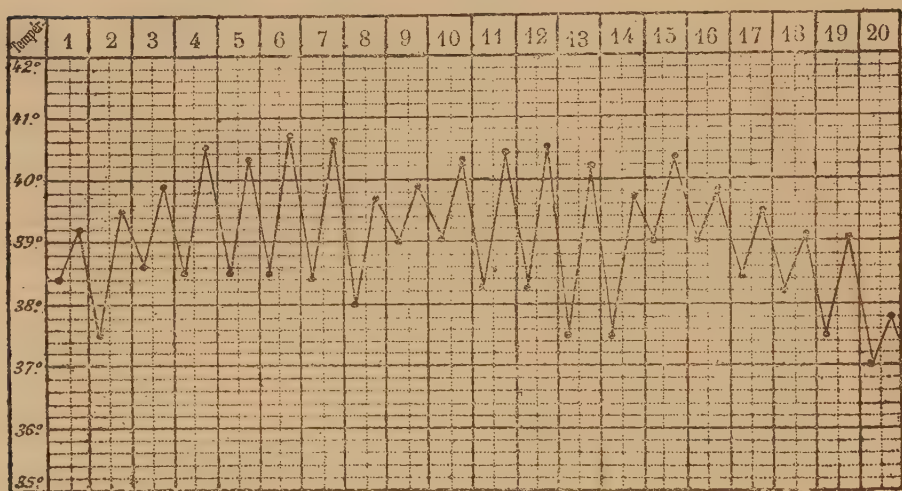
18 mars. — Ce matin parésie du droit externe du côté droit, température plus élevée, irrégularité du pouls.

19 mars. — Ce matin ptosis de la paupière supérieure gauche.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Dr Clément, Hôtel-Dieu.)

Grippe à forme méningitique. — Collapsus thermique le deuxième jour. — Convalescence longue. — Guérison.



F. P..., trente ans, entrée le 1^{er} mars 1893, à l'hôpital.

Pas d'antécédents héréditaires ; on note un érysipèle dans ses antécédents pathologiques.

Il y a douze jours la malade éprouve brusquement des symptômes de grippe ; frissons, courbature, faiblesse générale et toux dans la nuit qui précède son entrée, elle eut du délire. A son entrée la température est à 40°,1 ; la malade est profondément affaiblie ; pas d'hypertrophie de la rate. — Rien au cœur.

Aux poumons sonorité normale, mais bronchite généralisée. — Urines légèrement albumineuses — traitement ; antipyrine, 8 grammes.

2 mars. — Dans l'après-midi, délire assez violent, la température ce matin est de 37°,5.

3 mars. — La malade est très accablée ; un peu de photophobie ; pupilles dilatées ; hier un vomissement, deux ce matin.

Le ventre est souple, pas douloureux, pas ballonné.

La grippe méningitique s'impose de plus en plus avec localisation pulmonaire et méningitique ; traitement : vésicatoire sur la tête, sangsues aux apophyses mastoïdes.

5 mars. — Les deux pupilles sont égales, paresseuses à la lumière, constipation.

6 mars. — La malade se sent mieux ; la langue est bonne.

8 mars. — Faiblesse profonde, plaintes, gémissement, pas de délire.

9 mars. — La malade a de la photophobie, de l'amblyopie. Les pupilles toujours larges, se contractent peu à la lumière. La voie méningitique est peu marquée ; pas de constipation plutôt une tendance à la diarrhée.

10 mars. — Les troubles de la vue semblent avoir disparu ; parole plus vive, facile ; le pouls est toujours petit et rapide.

13 mars. — Plus de troubles de la vue : suppression de l'antipyrine.

16 mars. — Etat à peu près stationnaire ; la température qui était montée à 40°,4 le 14, se maintient entre 39 degrés et 39°,6 depuis. Il y a toujours quelque chose de béat dans la physionomie ; un peu de loquacité.

19 mars. — Facies un peu plus éveillé ; persistance de la dilatation des pupilles.

29 mars. — Défervescence en lysis terminée depuis le 24 ; toujours pupilles dilatées.

23 avril. — La malade sort en se plaignant de temps en temps de céphalée ; elle garde son air de béatitude dans la physionomie ; les paroles et les actes sont parfaitement sensés. Elle garde une certaine faiblesse générale.

OBSERVATION XVIII

(Due au Dr Leclerc, médecin des hôpitaux.)

Grippe avec accidents méningés primitifs. — Rachialgie violente à la fin. — Guérison.

M^{me} X..., âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital le 21 janvier 1892 dans le service du Dr Mollière ; pas d'antécédents héréditaires ni personnels ; a toujours joui d'une excellente santé.

Il y a quelques jours, le 15 janvier elle eut subitement des frissons, des vomissements et une céphalée violente. Pendant tout un jour les vomissements persistèrent, puis survinrent un délire tranquille, douleur de la nuque ; depuis le début de la maladie, constipation persistante, jamais d'épistaxis. A son entrée, la malade est dans le décubitus dorsal, le facies pâle, la nuque douloureuse ; pas de strabisme, les yeux sont mobiles ; il y a de la diplopie, des bourdonnements d'oreille.

La langue est légèrement saburrale, mais humide, l'appétit relativement bon, mais la constipation persiste depuis huit jours.

Le ventre est un peu ballonné, mais pas de gargouillement et pas de douleur dans la fosse iliaque. La rate n'est pas hypertrophiée.

Pas d'hyperesthésie musculaire, pas de troubles de la sensibilité, pas de raie méningitique.

Un peu d'arythmie au cœur, le pouls est plein et bat à 80 degrés.

Aux poumons, on trouve quelques sibilances disséminées.

Pas d'albumine dans les urines.

22 janvier. — On applique sangsues aux apophyses et glace sur la tête ; diminution de la raideur de la nuque et de la céphalée ;

l'arythmie a diminué également ; on prescrit encore lavement laxatif et calomel 50 centigrammes.

25 janvier. — La malade reprend de la céphalée, raideur de la nuque, délire ; il n'y a pas de vomissement mais des cris plaintifs le soir ; plus de délire, céphalée moins vive ; nuque toujours raide.

29 janvier. — La malade se sent beaucoup mieux, elle ne délire pas : la constipation a disparu ; elle remue facilement la tête ; céphalée toujours moins intense.

1^{er} février. — Elle ressent une douleur violente localisée dans la région lombaire ; on fait des injections de morphine pour la calmer. On recherche les stigmates de l'hystérie, mais on n'en trouve aucun.

4 février. — Les douleurs de la région lombaire ont cessé. La malade est complètement rétablie et sort de l'hôpital.

OBSERVATION XIX

(Service du D^r Clément, à l'Hôtel-Dieu.)

*Grippe à début gastro-intestinal suivie d'accidents méningés.
— Guérison.*

E. M..., vingt-quatre ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 29 décembre 1893.

Pas d'antécédent héréditaire ni personnel.

Il y a huit jours, elle éprouva subitement de violents frissons et une douleur constrictive à la base du thorax ; en même temps vomissements aqueux puis verdâtres. Après application de glace, les vomissements disparurent et les douleurs persistèrent.

A son entrée, facies pâle et décoloré.

Au cœur pas de souffle, mais tendance au rythme fœtal, pouls mou, petit, température normale.

Les vomissements ont disparu, mais il existe une douleur au

niveau del'épigastre et au niveau de la vésicule biliaire, pas d'ictère, le ventre n'est pas ballonné.

Aux poumons, il y a des râles humides des deux côtés en arrière, cependant plus nombreux à gauche.

En somme : grippe avec légère localisation aux deux bases des poumons ; localisation plus intense gastro-intestinale ; névralgie lombo-abdominale, température 40 degrés.

2 janvier. — Toute la nuit vomissements bilieux ; la température a eu des oscillations très irrégulières jusqu'à 40°,7.

Pas de ballonnement du ventre, il est plutôt rétracté, quelques petites secousses dans les membres supérieurs ; la malade est en pleine lumière et cependant les pupilles sont largement dilatées.

Pas de ralentissement du pouls ; la constipation persiste.

La raie méningitique est peu marquée.

3 janvier. — Le champagne, glace et potion de Rivière sont venus à bout des vomissements.

Ce matin, la température est tombée entre 37°,2 et 38°,2.

Les phénomènes nerveux ont disparu.

La langue est moins saburrale qu'hier.

13 janvier. — La malade sort guérie.

CHAPITRE III

Marche, durée, pronostic.

La marche de la maladie est très variable ; nous avons dit que l'affection a un début brusque ou pas, que les phénomènes méningés peuvent dès le commencement constituer toute la maladie, ou survenir quelques jours après dans le cours de l'affection, ou encore dans la période terminale et même dans la convalescence.

La durée est en général courte, mais s'il est facile de saisir le commencement de la maladie, il est quelquefois difficile d'en indiquer la fin, la grippe étant une maladie à évolution irrégulière. M. Gaucher (observation III), cite un cas où les accidents n'ont duré que vingt-quatre heures ; mais le plus souvent ils se prolongent davantage et restent pendant une semaine environ dans la période aiguë.

La guérison est presque toujours le mode de terminaison habituel ; ce retour rapide à la santé fait souvent un contraste frappant avec la gravité des symptômes ménin-

gés ; on voit, par exemple, tel malade présentant aujourd'hui les signes les plus alarmants qui quelques jours après revient promptement à la santé ; on a vu des enfants qui, après une attaque et des convulsions, ont guéri et ont demandé aussitôt à manger.

Cependant, l'affection ne se termine pas toujours d'une façon aussi heureuse ; pour Moreau, la mort peut survenir par exagération des phénomènes nerveux, et il en cite un cas à l'appui (observation IX) quelques-uns font intervenir la faiblesse de l'organisme et un état antérieur pathologique ; mais ce que nous devons retenir surtout, c'est que la grippe, quelle que soit sa forme, produit un grand retentissement sur l'organisme qui peut se traduire par des complications et plus souvent par une convalescence pénible et longue.

CONVALESCENCE ET COMPLICATIONS

La convalescence est en général lente, longue, indépendante de la durée de la maladie ; celle-ci peut ne durer qu'un jour ou deux, mais la convalescence en demande de quatre à huit, pendant lesquels le malade reste courbaturé, abattu ; s'il veut sortir pour vaincre cette sensation de fatigue, il est d'une sensibilité extrême au froid ; il frissonne par moment. M. Comby nous cite également des cas d'enfants qui n'ont gardé le lit que pendant un, deux ou trois jours, mais qui restèrent plusieurs semaines pâles, amaigris et faibles.

Cependant, d'après certains auteurs, plus le sujet est jeune, plus il offre de résistance, la convalescence chez

l'enfant est franche dans la majorité des cas et la guérison tarde peu : une fois la fièvre tombée, l'enfant reprend vite ses forces.

La convalescence se traduit surtout par de l'abattement, une faiblesse générale très grande ; cet état peut durer des mois et témoigner de l'impression profonde que laisse dans l'organisme toute atteinte de grippe, si légère soit-elle. Cette lenteur de l'organisme à reconquérir l'intégrité de ses fonctions prouve que l'affection fait éprouver des pertes considérables aux tissus ; pour qu'une maladie soit suivie d'une longue convalescence, il faut qu'elle ait présenté des phénomènes incontestables de désassimilation ; cette convalescence est la période de temps pendant laquelle l'organisme refait ses pertes ; ce travail d'assimilation destiné à compenser le travail de désassimilation opéré par la maladie est d'autant plus long après la grippe, que les muqueuses, siège de toute absorption nutritive, et le système nerveux, principe de l'innervation qui préside à la régularité de toutes les fonctions ont été plus profondément altérés par la maladie.

Pour ce qui concerne les complications, nous savons que la grippe méningitique peut, comme la grippe, en général, agir comme un agent provocateur, soit en déterminant le retour d'une affection ancienne actuellement guérie, soit en occasionnant de tous points des accidents chez les gens prédisposés, soit enfin en donnant un véritable coup de fouet aux maladies chroniques.

CHAPIRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic de la grippe à accidents méningés n'est pas chose facile. Peut-être, lorsqu'elle se montre en pleine épidémie, peut-on avoir l'attention attirée sur elle; mais au début et à la fin de l'épidémie, nombre de cas sont méconnus; mais même alors que l'épidémie bat son plein, il y a des cas où le diagnostic présente des difficultés presque insurmontables; l'intensité de certains symptômes nerveux peut donner à la grippe un aspect clinique tel qu'on la prend pour une maladie plus grave, ou bien le médecin se trouve en présence d'une maladie nettement classée dans le cadre nosologique, est trop enclin à admettre les variétés rares de la grippe et porte le diagnostic de grippe méningitique alors qu'il s'agit d'une toute autre maladie. Il faut donc dire que les manifestations grippales sont si variées, qu'il y a tant de nuances entre elles que les chances d'erreurs sont grandes.

Très souvent c'est l'évolution seule de la maladie qui

vient mettre sur la voie du diagnostic ; il existe cependant un certain nombre de symptômes qui permettront de soupçonner et d'abord d'affirmer ensuite la nature grippale de la maladie. Le caractère mal défini quelquefois des signes méningitiques ou comateux, leur début rapide accompagné le plus souvent d'hyperthermie brusque, l'existence de prodromes souvent à peine marqués (courbature générale, céphalalgie, frissons) permettront de songer à la grippe surtout en temps d'épidémie. Le diagnostic se confirmera si les symptômes du début sont suivis d'accidents grippaux à allure franche ou même peu accentués, c'est donc d'après la marche de l'affection que peut être fait le plus souvent le diagnostic, car il n'existe pas de signe pathognomonique.

Nous avons vu en décrivant les symptômes de cette variété de grippe, qu'elle présentait dans certains cas une ressemblance très grande avec la méningite tuberculeuse, en effet, la céphalalgie, la constipation et les vomissements, cette triade symptomatique a été retrouvée dans la grippe ; les phénomènes oculaires, strabisme, inégalité pupillaire, raie méningitique, hyperesthésie cutanée, etc., ont été également observés. On peut trouver aussi des cas, comme l'a montré le professeur Teissier, où la grippe peut présenter des accidents pulmonaires localisés vers les sommets (observations XII et XIII) ; ceux-ci peuvent s'accompagner quelquefois d'expectoration purulente, de crachats ayant une allure déchiquetée, ressemblant beaucoup aux crachats nummulaires, donnant quelquefois à l'auscultation les vrais symptômes d'une caverne (souffle, gargouillements, pectoriloquie aphone) ; il est aisé de comprendre que dans ces conditions le diagnostic de la grippe

avec la tuberculose pulmonaire compliquée de méningite devienne particulièrement difficile.

Cette forme pseudo-phymique, ainsi appelée par M. le professeur Teissier, se différencie cependant par les caractères suivants : le début brusque avec frissons, courbature, l'intensité et la précocité de l'expectoration purulente, l'absence de bacille de Koch à l'examen bactériologique, un état général en discordance avec des symptômes graves, tous ces signes plaident en faveur de l'affection grippale.

Pour ce qui concerne la méningite tuberculeuse, nous pensons qu'on trouve des renseignements utiles dans l'examen des signes suivants :

1° *Le début.* — La grippe à forme méningitique a un début brusque ; s'il y a des prodromes ils sont de peu de durée et ont une marche rapide ; la méningite tuberculeuse, au contraire, est le plus souvent précédée d'une période prodromique longue de quinze jours à trois semaines dans laquelle on note des modifications de caractère : les enfants deviennent tantôt méchants, tantôt au contraire dociles, caressants, ils deviennent maussades, taciturnes, ne jouent plus avec les autres enfants ; ils perdent l'appétit ; les adultes éprouvent un malaise général, une fatigue insolite, des douleurs dans les membres avec anorexie, amaigrissement.

2° *La température, le pouls.* — La température est souvent très élevée dans la grippe (40 à 41 degrés), tandis que dans la méningite tuberculeuse elle ne s'élève guère au-dessus de 38 à 39 degrés ; quelquefois la température de la grippe suit la marche spéciale signalée par M. le professeur Teissier (observations XIV, XV, XVII)

avec phénomènes de collapsus thermique et existence d'une rechute ; ces deux accidents dans le tracé de la température sont encore des preuves surajoutées pour le diagnostic de la grippe.

Le ralentissement du pouls dans la méningite tuberculeuse se rencontre constamment, contrastant avec une température au-dessus de la normale 38°,5 à 39 degrés ; dans la grippe à forme méningitique le pouls ralenti est très rare (observation III, IV) ; le plus souvent le pouls suit la marche de la température, c'est-à-dire devient fréquent.

3° La céphalalgie est, en général, plus violente, plus intense dans la méningite tuberculeuse ; dans la grippe méningitique elle prend un caractère plutôt gravatif.

4° La rétraction de l'abdomen, le ventre en bateau manquent rarement dans la méningite, tandis que dans la grippe l'abdomen est le plus souvent normal, quelquefois ballonné.

5° L'examen de la rate ne doit pas être oublié ; dans la méningite tuberculeuse elle est, en général, normale ; dans la grippe il y a très souvent augmentation de volume de cet organe.

6° Des taches rosées peuvent exister dans la grippe (observation XIII) ; cette éruption vient révéler le caractère infectieux de l'affection comme aussi l'augmentation du volume du foie et de la rate ; on ne trouve rien de semblable dans la méningite.

6° L'évolution de la maladie, dans certains cas, pourra seule différencier la grippe de la méningite tuberculeuse ; dans celle-ci la guérison est extrêmement rare ; dans la grippe les phénomènes méningés disparaissent

souvent très rapidement et la guérison est la règle au bout de quelques jours ou de quelques semaines ; il est rare qu'on puisse observer une terminaison fatale.

8° Dans tous les cas douteux on doit faire l'examen bactériologique du sang dans la période d'acmé fébrile ; on prend, suivant la méthode de MM. Teissier, Roux et Pittion, une goutte de sang à l'état frais qu'on porte sous le champ du microscope, et l'on peut observer assez facilement au milieu des globules rouges des diplobacilles assez volumineux, entourés d'un halo clair qui leur donne l'aspect encapsulé ; ces diplobacilles sont animés de mouvements assez vifs.

Si l'examen bactériologique est négatif, il faut pousser plus loin les recherches ; on recueille avec précaution dans la vessie du grippé, à l'aide d'une sonde préalablement stérilisée, quelques gouttes d'urine, de préférence le jour de la défervescence fébrile ; on fait des ensemencements de cette urine dans le bouillon et après quarante-huit heures de séjour à l'étuve à 37 degrés, en général, on trouve un microorganisme constitué par des éléments lancéolés, groupés deux à deux ; ces organismes apparaissent au microscope comme enveloppés d'un halo clair qui donne l'impression d'une capsule non colorée.

Le diagnostic de grippe méningitique est difficile à faire avec celui de méningite aiguë à cause du début brusque de cette maladie et de la température élevée qu'on y rencontre ; cependant l'absence de traumatisme, d'otite, etc., le manque de ralentissement du pouls et de la rétraction de l'abdomen seront en faveur de la grippe ; mais le plus souvent c'est la guérison qui viendra confirmer le diagnostic, car si l'une, la grippe méningitique, guérit le plus

souvent, l'autre la méningite, aiguë, est presque toujours suivie de mort.

La grippe à accidents méningés peut offrir quelques points de ressemblance avec la fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, mais nous croyons qu'on peut assurer le diagnostic en se basant sur les remarques suivantes :

1° *Le début.* — La fièvre typhoïde s'annonce à l'avance et se prépare ; elle est précédée d'une période prodromique caractérisée par un malaise général, de l'anorexie, de la céphalalgie et de l'insomnie.

La grippe méningitique a un début brusque, elle atteint les individus en pleine santé, au milieu de leurs occupations habituelles. Les malades éprouvent tout d'un coup de la céphalalgie, un abattement général, de la fièvre et du délire.

2° *Aspect général du malade.* — Le typhique a de la stupeur, le grippé est abattu ; le typhique, sans prendre bien garde à ce qui se passe autour de lui, comprend d'une façon plus ou moins vague, finit par répondre aux questions qu'on lui pose ; ses facultés intellectuelles sont amoindries, mais non anéanties.

Dans la grippe méningitique le malade a souvent un anéantissement complet, il ne comprend pas, ne fait plus attention au monde extérieur, il n'entend pas.

Le tremblement des lèvres, de la langue qui existe chez les typhiques ne s'observe pas dans la grippe.

3° *Le délire.* — Le délire de la grippe est souvent plus intense, plus bruyant que celui de la fièvre typhoïde, il s'observe aussi bien le jour que la nuit ; il est encore très variable ; doux et tranquille il peut devenir agité et violent.

4° *La température.* — Le cycle fébrile de la fièvre typhoïde est très défini, il se compose d'une période d'ascension, d'état ou plateau, puis d'une période terminale ou de descente. La température dans la grippe à forme méningitique n'a pas cette régularité, elle est très variable, on peut noter de l'hypothermie; d'autres fois de grandes oscillations et enfin quelquefois le collapsus thermique au moment de l'acmé fébrile et une rechute à la fin de l'affection.

5° Les taches rosées, quand elles existent dans la grippe, s'effacent sous le doigt, comme dans la fièvre typhoïde, sauf dans quelques cas (obs. XIII); mais elles sont plus précoces, apparaissent avant le neuvième jour de la maladie et sont de moins longue durée.

6° L'empâtement, la douleur à la pression dans la fosse iliaque ne se retrouvent pas en général dans la grippe.

7° La céphalalgie, les douleurs lombaires sont plus intenses dans la grippe.

8° D'après Faisans, l'examen de la langue peut dévoiler quelques signes particuliers à la grippe, la langue grippale, dit-il; n'est pas altérée dans sa forme; elle n'est pas petite, contractée, et pointue comme dans la fièvre typhoïde; ce qui la caractérise surtout, c'est sa coloration d'un blanc bleuté assez analogue à celle de la porcelaine; la langue est opaline.

La grippe méningitique accompagnée d'angine et d'une éruption scarlatiniforme (Obs. VI) peut faire songer à une scarlatine à forme ataxo-adyynamique, mais il est rare toutefois que cette éruption ait le siège et les mêmes caractères qu'une véritable éruption de scarlatine; de plus le peu d'intensité de l'angine, la desquamation réduite à une

exfoliation épidermique furfuracée font écarter le diagnostic de scarlatine.

Il peut en être de même pour la rougeole, mais les éruptions rubéoliques sont un peu moins fréquentes dans le cours de la grippe.

Si quelquefois dans la grippe méningitique la douleur rachidienne a été intense de manière à rappeler dès le début la rachialgie de la variole ; nous devons dire qu'on ne trouve jamais dans la grippe une éruption qui puisse rappeler la variole.

La grippe à accidents méningés peut dans quelques cas rappeler le rhumatisme cérébral, surtout s'il y a eu comme cela arrive quelquefois des douleurs généralisées dans les membres, quelquefois même dans les articulations ; mais malgré cela le caractère des douleurs articulaires dues au rhumatisme est trop particulier ; plusieurs jointures sont prises, déformées, très douloureuses, souvent oedématiées et entourées de traînées roses ; la fièvre est rémittente sans irrégularité ; le doute n'est plus possible lorsque tout à coup la céphalalgie, les hallucinations, l'incohérence des idées, l'hyperthermie apparaissent suivies de douleurs vertébrales violentes avec contractures des muscles rachidiens, d'anxiété, d'insomnie, de convulsions, souvent de délire parfois très violent qui aboutit à la stupeur et au coma.

L'urémie dans ses formes cérébrales peut affecter quelquefois l'allure de la grippe méningitique ; mais dans l'urémie les urines sont chargées d'albumine, la température est plutôt alors en hypothermie ; de plus les accidents cérébraux ne se déclarent pas brusquement ; le malade passe par une phase de somnolence avec bourdon-

nement d'oreilles, incohérence de paroles, frissons, céphalalgie intense, amblyopie, diplopie, vomissements opiniâtres; alors se déclarent des convulsions dont le type tétanique simule parfaitement la méningite accompagnée de délire d'action, de paroles et souvent d'accès de fureur.

Dans les cas rares où la grippe peut s'accompagner d'hypothermie (observation VII) avec des accidents méningés primitifs, on pourrait songer encore à un empoisonnement aigu par la belladone ou l'atropine qui provoque rapidement de la céphalalgie occipitale accompagnée d'un délire triste ou gai, avec mouvements choréïques, dilatation considérable des pupilles, sécheresse complète de la bouche, spasmes cloniques des muscles de la face et du cou, période de dépression aboutissant au coma, mais le plus souvent dans ces cas les anamnestiques permettent de rattacher ces accidents à leur véritable cause.

Nous terminerons le diagnostic de la grippe méningitique en comparant le coma grippal aux autres variétés de coma : bien que nous ayons dit plus haut que le grippé est plus abattu, plus anéanti que le typhique; il ne s'ensuit pas que le coma grippal soit aussi complet que les comas que nous allons énumérer; il appartient à l'espèce de coma dit soporeux.

On ne le confondra pas avec le coma de la fièvre intermittente caractérisé par des accès comateux durant vingt-quatre à quarante-huit heures, cédant par le sulfate de quinine.

Le coma de l'épilepsie a le caractère particulier de succéder à une attaque d'épilepsie avec ses caractères

très tranchés des périodes toniques et cloniques.

L'apoplexie hystérique pourrait simuler le coma grippal ; mais elle est apyrétique, survient souvent à la suite d'une émotion.

Le coma urémique survient chez un malade qui présente des antécédents brightiques ; l'examen des urines y décèle l'albumine ; le coma urémique est plus complet ; la respiration est stertoreuse ; la mort succède assez souvent au coma.

Le coma diabétique est précédé de troubles digestifs, cardiaques ou vertigineux ; il s'accompagne d'accès dyspnéiques, d'hypothermie, d'odeur d'acétone.

Le coma de l'empoisonnement par l'opium est caractérisé par des commémoratifs ; précédé d'une phase d'excitation, hallucinations, délire, vomissements.

CHAPITRE V

Étiologie et pathogénie.

La grippe à accidents méningés ne paraît pas avoir une étiologie spéciale; c'est celle de la grippe nerveuse en général.

Le sexe n'exerce aucune influence; elle apparaît aussi bien chez l'homme que chez la femme; l'âge n'y fait rien, car si elle existe chez de très jeunes sujets, elle est observée souvent aussi chez des adultes.

Le terrain et le tempérament peuvent faciliter la formation de phénomènes méningés; nous avons noté dans un cas l'alcoolisme, mais il n'est pas nécessaire, croyons-nous, que la grippe frappe des sujets ayant déjà une tare nerveuse pour déterminer les accidents méningés dont il est question; dans la plupart de nos observations nous n'avons relevé que rarement des antécédents personnels et héréditaires; seulement ces accidents apparaîtront d'autant plus facilement que le système cérébro-méningé sera susceptible d'une moindre réaction.

Comment maintenant interpréter la cause de ces accidents du côté du cerveau et des méninges ? Quelle explication donner de ces cas cliniques dont nous rapportons les observations ? Nous ne pouvons pas admettre une lésion profonde des méninges, puisque la maladie s'installe la plupart du temps d'une façon brusque et que les accidents de la méningite ne sont pas de ceux qui guérissent et disparaissent si facilement.

L'hystérie ne peut pas être invoquée ici, puisqu'aucun de nos malades n'en a présenté les stigmates.

L'origine urémique des accidents méningés pourrait être discutée, vu la ressemblance symptomatique des deux affections ; mais là encore il y a des différences notables, nous n'avons trouvé d'ailleurs dans nos observations aucune trace provocatrice de l'urémie et l'albuminurie qui a été constatée dans quelques cas n'a jamais été que passagère, n'ayant jamais dépassé 50 centigrammes.

Une autre hypothèse consiste à mettre en cause l'appareil cardio-vasculaire ; les troubles de la circulation sanguine amèneraient l'éclosion d'accidents aigus.

Pour le Dr Simon, ce serait une anémie aiguë du cerveau et des méninges plutôt que des caillots sanguins dans les sinus, des inflammations cérébrales ou méningées localisées ; cette anémie serait due à un abaissement soudain de l'action du cœur, d'où résulte une modification dans la nutrition de la substance cérébrale.

Pour le Dr Ritter, il y a deux hypothèses possibles : des troubles de circulation ou bien des troubles profonds de nutrition avec disparition, puis régénération d'éléments histologiques de la substance cérébrale même.

Le Dr Kirn de Fribourg pense que les phénomènes méningés doivent être tributaires de l'élévation de la température, de l'accélération de la circulation ou encore, dit-il, de l'action des principes morbifiques même qui charrient le sang.

Luys et Gubler font jouer comme lui le rôle principal à la congestion cérébrale; cette congestion, d'après Gubler a lieu par paralysie réflexe des nerfs vaso-moteurs.

Bouchard de son côté explique les manifestations méningitiques par une congestion méningée offrant tous les symptômes de la méningite (fièvre, irrégularité du pouls, vomissements, céphalalgie); cette congestion est due, d'après lui, à des actions réflexes de paralysie ou de contraction vaso-motrice provenant du nerf grand sympathique.

L'idée du Dr Kirn de Fribourg qui admet l'hyperthermie peut être combattue par ce fait que les symptômes méningitiques, peuvent se montrer avant l'élévation de la température et même sans elle; il convient donc de nous rattacher à l'action des principes morbifiques qu'il invoquait également, à la toxémie, à l'action directe du poison grippal sur le cerveau et les méninges. Ceci nous amène à dire que la grippe est actuellement considérée sans conteste comme une maladie de nature infectieuse; l'albuminurie qui existe dans un grand nombre de cas est la manifestation de l'altération du liquide sanguin; de même l'augmentation rapide du volume du foie et de la rate, est l'indice de la lutte de ces organes contre l'envahissement du poison de la grippe; les localisations successives de la maladie aux différents appareils semblent confirmer l'idée d'infection. La nature contagieuse a pu

être douteuse un moment, contestée même par Bouchard pendant quelque temps, mais aujourd'hui les épidémies de grippe sont trop connues et trop nettement caractérisées pour que nous nous arrêtions sur ce sujet.

Mais quels sont les éléments de cette infection qui agissent sur le système nerveux? et comment agissent-ils? est-ce l'agent pathogène de la grippe ou sont-ce les substances analogues aux ptomaines que secrète le microbe? voilà autant de questions difficiles et sur lesquelles on ne peut guère faire que des hypothèses; cependant nous inclinons à croire, comme notre maître le professeur Teissier, que c'est à des toxines que le micro-organisme de la grippe doit la majeure partie de ses effets pathogènes à cause de la soudaineté parfois si grande et l'intensité des phénomènes d'invasion, et enfin de l'action éminemment déprimante de la grippe.

Comment expliquer maintenant la localisation de la grippe sur le cerveau et les méninges? la grippe, a dit Joffroy, aime le système nerveux; il se peut alors que cette préférence soit attribuée à un état de déchéance transitoire de ce système provenant d'un surmenage antérieur ou de prédispositions qui réalisent ainsi un *locus minoris resistentiæ*.

Les toxines dont nous venons de parler agissent sur les centres cérébraux en provoquant probablement soit de l'anémie, soit de la congestion; mais ces toxines relèvent d'un micro organisme spécial qu'il s'agit de connaître.

Sans vouloir ouvrir un chapitre particulier à la bactériologie, nous tenons cependant à citer les travaux les plus importants, qui ont été faits soit en France, soit en Allemagne pour la recherche de cet agent pathogène. En

mars 1891, les auteurs lyonnais, MM. Teissier, Roux et Pition, retirèrent du sang pendant la période d'état et de l'urine au moment de la défervescence, deux bactéries semblant au premier abord très différentes l'une de l'autre; dans le sang c'était un streptocoque se distinguant nettement du streptocoque vulgaire; dans les urines, c'était un diplobacille encapsulé. Il s'agissait donc là d'un micro-organisme essentiellement polymorphe, pouvant suivant son habitat prendre la forme streptococcienne ou l'aspect bacillaire (diplobacille), susceptible de modifier non seulement chez l'animal inoculé, mais encore *in vitro* ses formes et ses caractères de culture, comme l'a montré M. le professeur agrégé Gabriel Roux.

En Allemagne, des recherches ont été faites par M. Pfeiffer, Kitisato et Canon qui ont découvert un microbe qu'ils ont considéré comme spécifique et qui offre de grandes analogies avec le diplobacille des auteurs lyonnais; c'est un coccobacille le plus souvent groupé en amas ou en diplocoque ou en chaînettes; Bruschetti a montré qu'il se trouvait dans le sang et a reconnu également le polymorphisme de ce bacille, affectant tantôt la forme décrite par Pfeiffer, tantôt celle de chaînettes allongées.

Ces recherches ont ainsi une grande importance, elles semblent nous expliquer les divergences en apparence si grandes, qui ont semblé diviser les différents observateurs, les uns considérant les streptocoques comme source de l'infection grippale, les autres des diplobactéries; on peut même d'après ces recherches trouver une explication rationnelle de la transformation des streptocoques en groupes de cocci, en les transportant du bouillon sur l'agar.

Nous pensons qu'il faut conclure de là que l'on peut admettre pour la grippe un bacille spécifique; qu'il existe, entre le microbe des auteurs allemands et celui de nos maîtres lyonnais, une grande ressemblance pour croire qu'il s'agit là du même micro-organisme et que les contradictions légères qu'on peut relever entre eux peuvent bien provenir du polymorphisme que possède l'agent pathogène de la grippe.

M. Jarron d'Alger est venu encore, dans la séance du 21 avril dernier de la Société de biologie, apporter une confirmation importante des travaux lyonnais; il dit avoir examiné les crachats de vingt-trois grippés et avoir trouvé, à côté des microbes ordinaires des voies respiratoires, un organisme parfois isolé, ordinairement groupé sous forme de diplobacille, plus rarement en chaînette.

Lesensemencements de sang qu'il a faits au moment de l'acmé fébrile ont été positifs 13 fois sur 15 cas.

Les urinesensemencées sur gélatine et dans le bouillon, le jour de la défervescence ou les deux jours suivants, ont 15 fois sur 18 donné des colonies analogues aux précédentes; mais les préparations renferment moins de streptobacilles que celles provenant des cultures de sang.

Les cultures liquides inoculées à doses de 2 centimètres cubes dans les veines ont produit chez le lapin une affection semblable à la grippe humaine.

M. Jarron prétend que le diplobacille sécrète des produits solubles virulents pour le lapin; il suffit de 10 centimètres cubes par kilogramme de culture dans un bouillon préalablement filtré et stérilisé pour amener la mort.

Le bouillon nonensemencé, à la proportion de 30 cen-

timètres cubes n'est pas toxique. M. Jarron pense que dans la grippe les diverses sécrétions sont plus toxiques qu'à l'état normal.

Les crachats contiennent également des produits solubles très toxiques pour le lapin, étendus de leur volume d'eau, triturés pendant 10 minutes, puis stérilisés et filtrés ils tuent en injection intra-veineuse à la dose de 14 centimètres cubes pour 1 kilogramme.

Les crachats étendus de leur volume d'eau et stérilisés par la chaleur ne sont plus toxiques à la dose de 41 centimètres cubes par kilogramme.

Les crachats provenant de malades atteints de bronchite ou d'emphysème ne sont pas toxiques à la dose de 21 centimètres cubes par kilogramme.

Les urines sont pour lui également plus toxiques que les urines normales ; il suffit en moyenne de 30 centimètres cubes pour tuer 1 kilogramme de lapin, chiffre bien inférieur à 50 centimètres cubes environ pour les urines normales.

Le pouvoir toxique des urines des grippés, déterminé par la méthode de M. Bouchard, lui a fourni comme moyenne 0,520, chiffre plus élevé que celui qui correspond aux urines normales et qui avoisine 0,465.

M. Jarron est d'avis que la sécrétion bronchique élimine une quantité considérable de toxines ; que les urines profuses et la diarrhée qui se montrent souvent dans la grippe contribuent également pour une large part, à éliminer le poison de l'organisme.

Il conclut alors de toutes ces expériences que la grippe est une intoxication causée par les produits solubles du diplobacille qu'il a isolé, et qui, dit-il, a été décrit dans les travaux lyonnais.

M. le Dr Bonnelière dans sa thèse intitulée : *De la grippe à déterminations multiples*, qu'il vient tout récemment de soutenir à Paris sous la présidence de M. le professeur Laboulbène cite aussi une observation prise dans le service du Dr Gingeot dans laquelle il relève deux points intéressants mis en lumière par notre maître le professeur Teissier, nous voulons parler de la courbe thermique et de l'examen bactériologique; la température du malade avait présenté une dépression brusque le troisième jour de la maladie, puis s'était accompagnée d'une rechute après la défervescence.

D'autre part, un peu d'urine, de sang, furent séparément dilués dans un bouillon stérilisé; avec ce bouillon des ensemencements en stries furent pratiqués sur des tubes inclinés de gélose enduite d'une mince couche de sang, placée dans une étuve à 37 degrés; deux jours après les tubes de l'urine donnèrent de petites cultures transparentes en forme arrondie, très visibles à la loupe dans leurs détails; le tube du sang n'avait rien donné; une parcelle de ces colonies portée sous le microscope et colorée par la fuchsine de Zühl montrait de très petits bacilles tantôt étalés, tantôt groupés par deux; le Graam les colorait.

Nous basant sur tous ces faits positifs, nous ne pensons pas qu'on puisse discuter encore sur l'existence d'une infection microbienne grippale; les troubles nerveux, cérébraux ou méningitiques semblent donc être une manifestation de l'infection qui agit sur les vaisseaux de l'encéphale en provoquant de l'anémie ou de la congestion.

Le Dr Belons dans sa thèse inaugurale, sur l'action exercée par les maladies infectieuses sur le système nerveux, a traité cette question avec une grande compétence; il ré-

sulte de cette étude que, quel que soit l'élément pathogène, qu'il agisse directement ou par l'intermédiaire de toxines ou produits de sécrétion, sa dissémination dans l'organisme par la voie sanguine ou par les lymphatiques rend suffisamment compte de la possibilité des localisations sur le système nerveux. L'agent infectieux arrive aussi facilement dans les centres par les voies lymphatiques que par les voies sanguines ; il n'y a qu'une différence de rapidité dans son transport, et le courant sanguin l'entraîne plus vite et le dissémine beaucoup plus ; dans la moelle ou le cerveau les voies lymphatiques ou voies lentes entourent les vaisseaux et les tubes nerveux ; elles sont en communication par l'intermédiaire des gaines lymphatiques périvasculaires avec les espaces sous-arachnoïdiens et sous-duraux. Des circonstances pathologiques antérieures peuvent en laissant un *locus minoris resistentiæ* préparer la localisation du nouvel agent infectieux ; mais étant données les voies de transport des microbes dans l'économie, on s'explique la multitude des points qui peuvent être atteints, la diffusion des lésions et par suite la marche bizarre et la coexistence curieuse de divers symptômes.

Mais quels phénomènes va susciter dans l'organisme le microbe qui trouve un milieu favorable à son évolution ? Il se produira une réaction organique, cette dernière se manifestera sous la forme de phénomènes inflammatoires.

Le microbe peut susciter encore une réaction chimique dans les humeurs qui peut donner lieu à des ptomaines toxiques. Les phénomènes inflammatoires se manifesteront d'abord par de la congestion ; cette congestion sera telle que dans les capillaires les parois pourront se rom-

pre en certains points et donner lieu à des hémorragies ; en d'autres points une exsudation abondante de cellules lymphatiques peut se produire dans les gaines périvasculaires et alors on peut craindre une rupture de ces gaines, ce qui amène une infiltration des cellules lymphatiques entre les tubes nerveux. Tout peut s'arrêter là, l'organisme réagit contre le microbe et après quelques troubles fonctionnels, tout rentre dans l'ordre ; c'est ce que nous devons supposer être arrivé dans les observations de nos grippés à accidents méningitiques se terminant presque toujours par la guérison.

CHAPITRE VI

Méningite cérébro-spinale.

Jusqu'à présent, nous avons publié les observations de grippe revêtant une forme spéciale, caractérisée par des accidents méningés survenant très souvent d'emblée, aboutissant le plus souvent à la guérison ; il n'existe pas, croyons-nous, dans ces cas, de lésions anatomiques véritables, c'est une simple hyperémie vasculaire ne s'accompagnant pas probablement d'une exsudation abondante de cellules lymphatiques dans les gaines périvasculaires.

Nous voulons maintenant citer quelques observations de méningite cérébro-spinale survenues comme complications dans le cours de la grippe ; ce qui différencie cette dernière de la grippe à forme méningitique, c'est qu'elle est le plus souvent suppurée, aboutit presque toujours rapidement à la mort et répond à des lésions anatomiques très nettes ; elle est souvent secondaire à une otite purulente, car la cavité bucco-pharyngienne a des rapports si étroits avec la caisse du tympan que les microbes peuvent

passer dans l'appareil auditif par la trompe d'Eustache et déterminer des accidents inflammatoires ; de son côté, la voie auditive donne accès aux méninges de plusieurs façons, soit par la muqueuse du conduit, soit par le sinus veineux, soit enfin par le nerf facial. Il faut dans ces cas de complications de la grippe, faire jouer un rôle important aux microbes de la suppuration, hôtes habituels de notre organisme, qui n'attendent qu'une occasion favorable de pénétrer dans nos tissus. La grippe est une maladie qui affecte très souvent l'arbre respiratoire et ouvre une porte d'entrée aux divers microbes (pneumocoques, staphylocoques et streptocoques) que nous avons normalement dans la bouche et qui, par le fait de l'affection, voient leur virulence exaltée. Dans la méningite cérébro-spinale secondaire à la grippe, on trouve souvent ces diverses espèces microbiennes dont la présence a été constatée par Bozzalo, Weichselbaum et Netter.

Nous ne voulons pas faire la symptomatologie de la méningite cérébro-spinale ; les symptômes sont analogues à ceux que nous avons cités dans la grippe méningitique ; nous dirons seulement que les phénomènes méningés sont, en général, plus intenses, de très courte durée, aboutissant vite au coma et à la mort ; le pronostic est toujours très grave, la guérison est exceptionnelle.

Weichselbaum donne l'observation d'un jeune homme qui, au cours de la grippe, a un abcès de la paupière supérieure ; cet abcès est ouvert ; le lendemain de l'incision, le malade est pris de vomissements, de céphalalgie, puis de délire ; il meurt dans le coma.

A l'autopsie, on trouve du pus dans les sinus maxillaires et frontaux ; le pus avait ensuite infiltré la paroi

postérieure du sinus frontal, avait consécutivement déterminé une méningite suppurée ; de plus, il s'était formé un abcès dans le lobe frontal du cerveau ; les ventricules même contenaient du pus. L'examen bactériologique est passé sous silence.

Nous trouvons également dans les rapports de Guttman et Leyden des cas de méningite cérébro-spinale dans la grippe après la suppuration de l'oreille moyenne :

Un jeune et robuste ouvrier eut quelques jours après le début de la grippe subitement, dans la nuit, une perforation du tympan droit avec écoulement de liquide séreux, puis purulent ; quarante-huit heures après, la membrane du tympan du côté gauche se perfore de même ; alors se développèrent les symptômes de la méningite, le malade mourut quinze jours après la première perforation du tympan et après avoir présenté une panophtalmie double avec cécité.

Ewald présente un cas concernant un médecin qui, après cessation de la fièvre, se plaignit de douleur dans la région du trijumeau ; la fièvre recommença et le malade posa lui-même le diagnostic d'empyème de l'antre d'Higmore ; de ce sinus s'écoula pendant l'opération une assez grande quantité de pus, sans que toutefois l'état s'améliorât ; le malade resté sans connaissance, mourut.

A l'autopsie, on trouve de la suppuration de l'os ethmoïde et une méningite purulente limitée à la base autour des gaines périvasculaires ; dans le pus on trouva le *staphylococcus pyogenes aureus*.

M. Robin cite aussi le cas d'un malade qui, à la suite de la grippe, est pris, le 31 décembre 1889, de douleurs violentes dans les oreilles ; dix heures après, une hémor-

ragie abondante survient, puis s'établit un écoulement séro-purulent, le 1^{er} janvier 1890, le malade va relativement bien.

Le 2 du même mois, il déjeune et dîne de bon appétit, fume un cigare et se couche ; au réveil, le malade a un violent mal de tête qui va empirant d'heure en heure ; son médecin appelé le soir vers 3 heures, le trouve dans le délire et dans un état de surexcitation extraordinaire ; à 6 heures, il a complètement perdu connaissance et à 10 heures il meurt dans le coma, emporté par une méningite aiguë survenue tout à coup dans le cours de son otite grippale.

Tous les cas de méningite cérébro-spinale secondaire à une otite ou à tout autre abcès de voisinage ne sont pas rares, et nous pourrions en rapporter encore un grand nombre.

Nous voulons maintenant appeler l'attention sur deux observations dans lesquelles on a porté le diagnostic de grippe et qui ont présenté dès le début les symptômes primitifs de méningite cérébro-spinale suppurée sans présence d'otite, ou d'autre foyer purulent ; la mort est survenue à bref délai.

Ces deux observations sont dues à M. le Dr Morache, directeur du service de santé du 18^{me} corps d'armée.

PREMIÈRE OBSERVATION

Méningite cérébro-spinale suppurée. — Mort.

D..., jeune soldat au 15^e régiment de dragons, à Libourne, est atteint de diarrhée le 10 janvier 1890 ; le 11, il se plaint de

névralgie sus-orbitaire gauche, le 12 entre à l'infirmerie ; dans la nuit du 12 au 13 est atteint de délire et entre à l'hôpital d'urgence le 13 au matin.

Céphalalgie et rachialgie sucrée très violente, délire, cyanose, refroidissement général ; le 14, délire violent de la parole et d'action, raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, cyanose, constipation, pouls petit, presque imperceptible. Le 15, cris continuels, injection des conjonctives et dilatation des pupilles, membres contracturés ; les 16, 17, 18, mêmes symptômes plus intenses ; rigidité du rachis considérable, contracture presque généralisée ; agonie de vingt-quatre heures.

A l'autopsie, on a constaté : des caillots organiques du cœur, de l'hypostase pulmonaire double ; le foie était volumineux avec tendance à la stéatose.

Encéphale et moelle : sinus gorgé de sang ; méninges recouvertes d'un enduit purulent épais sur toute la surface de la pie-mère qui est très épaisse ; mêmes lésions des méninges médullaires avec enduit purulent plus épais à la région cervicale et à la queue de cheval, le cerveau est sain, la moelle est diffluente.

DEUXIÈME OBSERVATION

P..., soldat au 14^e régiment d'artillerie, vingt-trois ans, entre à l'infirmerie le 19 janvier 1890 ; on porte le diagnostic de grippe ; le lendemain, son état s'aggravant, il est conduit à l'hôpital. A son arrivée, température de 40°,3, le pouls est à 105 ; rien à l'auscultation.

Le malade accuse des douleurs dans le dos, les épaules, les genoux ; épistaxis, céphalalgie frontale très violente ; les douleurs s'étendent peu à peu à la nuque, le long du rachis. Pas de vomissements. Température 40 degrés. Pouls 115.

Bientôt les muscles de la nuque se raidissent ; des contractures apparaissent ; les pouces sont fléchis dans la paume de la main ; les pupilles sont énormément dilatées, les réflexes abolis.

Le 22 janvier, le malade tombe dans un état comateux ; la rai-

deur de la nuque plus accentuée ; le malade est immobile dans le décubitus dorsal, la tête complètement renversée en arrière (véritable opisthotonos), respiration devient stertoreuse, trachéale, se suspendant par intervalles (respiration de Cheyne Stokes) ; mydriase à droite, myosis, léger strabisme interne.

La peau se cyanose peu à peu et enfin la mort arrive par asphyxie le 22 janvier au soir, trente heures après l'éclosion des premiers symptômes.

Autopsie. — Injection vive des méninges ; nappe de pus crémeux à la surface des hémisphères cérébraux et augmentant d'épaisseur au niveau du sillon de Rolando ; la pie-mère est adhérente dans toute son étendue ; la base du cerveau est envahie comme la convexité, surtout au niveau de la surface de Sylvius, par une couche purulente que l'on retrouve à la face supérieure du cervelet ; sérosité louche dans les ventricules.

A la loupe la substance grise et blanche du cerveau et du cervelet ne présente rien d'anormal.

La moelle épinière présente des altérations analogues à celles du cerveau ; les méninges rachidiennes sont envahies, à leur face antérieure, par des exsudats purulents épais.

Rien du côté des organes respiratoires. Reins normaux.

L'examen bactériologique du pus n'ayant pas été fait, ces deux observations peuvent donner lieu à de nombreuses hypothèses. Supposons d'abord, comme on l'a fait, qu'il y ait bien eu grippe dans les deux cas ; on peut se demander si le même agent microbien a produit à la fois la grippe et la méningite, ou bien si un autre microbe étranger à la grippe a trouvé à se développer facilement sur un terrain prédisposé, affaibli par la maladie antérieure.

La première hypothèse nous paraît plus vraisemblable, car la méningite cérébro-spinale n'est pas survenue secondairement dans le cours d'une grippe ; elle s'est établie

d'emblée, du premier coup avec tout le cortège des symptômes de méningite. On pourrait ainsi admettre dans ces deux observations la propriété pyogène du diplobacille de la grippe, comme l'ont démontrée expérimentalement MM. Teissier et Frenkel.

Une troisième hypothèse peut surgir de l'examen de ces deux observations ; on peut se demander s'il y a bien eu grippe, s'il n'y a pas eu erreur de diagnostic ; ne peut-il pas s'agir là de méningite cérébro-spinale primitive sous la dépendance de pneumocoques ou de microbes de la suppuration.

M. le D^r Adenot, dans sa thèse sur les méningites microbiennes, indique qu'il existe des méningites diverses relevant de bacilles différents ; il cite aussi l'opinion de Netter qui prétend rattacher au pneumocoque un grand nombre d'observations de méningites publiées, qu'il peut y avoir des méningites pneumococciennes sans pneumonie. Weichselbaum a observé deux cas de méningite cérébro-spinale sans pneumonie causée par le *diplococcus pneumoniae*.

Il résulte de là que l'affinité spécifique d'un organisme pathogène pour les organes est très variable ; ce sont les circonstances et les terrains qui sont le plus souvent la cause de la localisation de l'agent pathogène ; on peut aussi démontrer la possibilité de méningite comme localisation primitive d'une foule de microbes, bien que les microbes en question aient leur localisation élective habituelle sur d'autres organes.

Traitement.

Le traitement de la grippe méningitique est surtout symptomatique ; il faut faire la médication des différents symptômes observés, et bien souvent on doit avouer franchement dans les cas de grippe nerveuse, comme l'a dit Saillant à la fin d'une observation, que la guérison a été plus l'effet de la nature que celui de l'art.

Malgré cela, nous allons signaler les indications thérapeutiques générales dont l'expérience a confirmé l'utilité dans la cure de l'affection ; on ne devra pas aussi oublier le traitement général de la grippe.

On combattra les vomissements par des boissons glacées, champagne et potion de Rivière ; la constipation opiniâtre par des lavements purgatifs ou par le calomel à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, la céphalalgie par des antithermiques : l'antipyrine ; contre ce dernier symptôme on peut encore conseiller l'application du vésicatoire à la nuque, la glace sur la tête ou l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes dans le but de diminuer l'hyperémie cérébro-spinale.

La saignée a été pendant plusieurs épidémies fort en honneur ; dans l'épidémie de 1833, on lit dans le *Journal des savants* : La saignée, au commencement, apaisait les douleurs et dominait la fièvre ; ceux surtout qui avaient de grandes douleurs de tête et des lancements dans les yeux étaient soulagés par d'abondantes saignées.

¶ Dans la première moitié du siècle, la saignée était en grand honneur dans presque toutes les maladies, aussi, ne faut-il pas s'étonner d'entendre Raige Delorme dire : que

la saignée est utile dans beaucoup de cas, surtout chez les adultes lorsque la céphalalgie est très intense.

Aujourd'hui la saignée n'est plus conseillée ; les deux médicaments les plus employés sont le sulfate de quinine et l'antipyrine ; le premier n'agit pas seulement comme antithermique, mais encore comme médicament tonique de premier ordre et encore comme moyen antiseptique susceptible d'atténuer la vitalité des germes pathogènes ; le second, l'antipyrine a également de nombreux partisans ; M. Rendu la conseille en lavements ; elle abaisse la température et n'irrite pas l'estomac.

Quelques auteurs préconisent l'association de ces médicaments ; les effets obtenus sont excellents, la convalescence, disent-ils, semble moins longue.

Contre la somnolence, l'engourdissement, la dépression, nous donnons des excitants et des toniques ; Huchard préconise surtout la strychnine, la caféine, le phosphure de zinc ; c'est pour lui le traitement de l'asthénie grippale contre les phénomènes d'excitation, de délire, donner des calmants tels que chloral, bromure, musc, opium et morphine.

Toutes les fois que le cœur paraît faiblir, avoir recours à l'alcool, au strophanthus, à la digitale, à la caféine.

Contre la syncope et le collapsus cardiaque les injections répétées d'éther font merveille.

Dans tous les cas, il faut soutenir les malades avec potion Todd, café, champagne ; donner potages, bouillons, lait, recommander le repos prolongé au lit.

La convalescence ne sera pas négligée ; elle sera même l'objet de soins particuliers ; on aura recours à tous les moyens propres à restaurer l'organisme, à réparer les

pertes qu'il a subies ; tous les reconstituants, vins de quina, café, les cordiaux, stimulants, frictions, massage, hydrothérapie pourront être employés pour rendre des forces au malade et combattre l'asthénie nerveuse consécutive à l'attaque grippale.

Si la convalescence est lente à se terminer, si l'organisme languit épuisé, il ne faudra pas hésiter à engager les malades à changer d'air comme cela se fait dans la coqueluche grave.

CONCLUSIONS

I. La grippe peut revêtir la forme méningitique et présenter ainsi l'apparence d'une affection grave ; cette gravité peut être réelle quelquefois, mais la guérison est la règle générale.

II. Cette variété de grippe peut simuler un grand nombre de maladies dont il est nécessaire de la différencier, cette distinction est souvent très difficile.

III. Il importe surtout de ne pas la confondre avec la méningite cérébro-spinale aiguë et la méningite tuberculeuse dont elle présente dans quelque cas des symptômes si peu différents que des erreurs de diagnostic peuvent être commises.

IV. La pathogénie de cette forme méningitique est la même que celle de la grippe en général, il s'agit bien là

d'une maladie infectieuse et contagieuse due très vraisemblablement à un agent pathogène, mais quel que soit ce microorganisme, nous pensons que les accidents méningés sont dus à la sécrétion d'une toxine, comme viennent de le confirmer les dernières recherches de M. Jarron d'Alger.

V. Le traitement est surtout symptomatique, mais on ne doit pas oublier le traitement pathogénique de la maladie. A cet égard, les préparations de quinine et d'antipyrine peuvent être méthodiquement prescrites et avec des résultats aussi avantageux que dans les formes communes de l'infection grippale dans laquelle l'association de ces deux médicaments paraît être le traitement de choix.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. TEISSIER.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Adenot. — Des méningites microbiennes (thèse de Lyon, 1890).
Belous. — Pathogénie des maladies infectieuses dans leurs manifestations nerveuses (thèse de Lyon, 1888).
Bérier. — Bactériologie de la grippe (thèse de Lyon, 1892).
Bidon. — Etude clinique de l'action exercée par la grippe sur le système nerveux (Revue de médecine, 1890).
Brionne. — Forme nerveuse de la grippe et ses complications (thèse de Paris, 1890).
Duflocq. — Des variétés cliniques de la grippe (Revue de médecine, 1890).
Faisans. — La langue grippale (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux).
Frenkel. — Propriété pyogène de la diplobactérie de la grippe.
Guttmann et Leyden. — Rapport sur la grippe.
Jarron. — Pathogénie de la grippe (Société de biologie, 1894).
Joffroy. — Société médicale des hôpitaux, 1890.
Leliedy. — Pathogénie de la grippe (thèse de Paris, 1890).
Lemoine de Lille. — Grippe à forme typhoïde (Semaine médicale 1893.)

- Menu. — Thermométrie de la grippe (thèse de Lyon, 1892.)
Müller Frédéric. — Méningite cérébro-spinale (Société médicale de Berlin).
Perrenot. — Trois cas de grippe à forme cérébrale (Province médicale, 1893).
Raige Delorme.
Revilliod. — Formes nerveuses de la grippe (Revue médicale de la Suisse romande, 1890).
Sévestre. — Grippe pseudo-méningitique (Société médicale des hôpitaux, 1890).
Teissier. — Leçons sur la grippe influenza, 1893.
Vincent. — Diverses formes de la grippe (thèse de Paris, 1867).

